

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N 88

Travail de la Clinique Gynécologique du Prof. E. VILLARD

LA
CONSERVATION PARCELLAIRE
DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph CAILLOT

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 11 Avril 1900 à CHESSY-LES-MINES (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

La CONSERVATION PARCELLAIRE de l'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 N° 88

Travail de la Clinique Gynécologique du Professeur E. VILLARD

LA
CONSERVATION PARCELLAIRE
DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph CAILLOT

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 11 Avril 1900 à CHESSY-LES-MINES (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histologie naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOUT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; TIXIER, assesseur;

BONNET et Jh. F. MARTIN, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

J'offre ce travail :

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

Professeur de Clinique Gynécologique

Il fut pour nous, pendant un semestre d'Internat passé dans son service, le Maître que l'on aime et que l'on vénère. Nous avons pu apprécier la puissance persuasive de son enseignement, sa précision méthodique dans l'examen clinique, la logique rigoureuse de ses conclusions thérapeutiques. Nous avons grandement bénéficié de sa maîtrise chirurgicale et de la discipline méthodique imposée à chacun de ses gestes opératoires.

Qu'il nous soit permis en lui offrant ce modeste travail de le remercier du fond du cœur de toutes les preuves de grande bonté qu'il nous a si souvent témoignées et de l'assurer du profond attachement et de l'entier dévouement d'un de ses élèves reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Professeur de Clinique Chirurgicale

Ce fut notre premier Maître alors qu'à la fin de la guerre il a bien voulu nous accueillir dans son service comme externe bénévole. C'est grâce à la perfection de son enseignement si vivant, si précis, à l'art de sa technique opératoire que la chirurgie nous a séduit. Nous avons trouvé près de lui pendant notre semestre d'Internat bien des preuves de sa haute bienveillance.

Qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici toute notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Nous le remercions vivement de la bienveillante sympathie qu'il nous a si souvent témoignée dans les services hospitaliers et au Laboratoire de Médecine opératoire.

Il nous a fait le très grand honneur d'être notre juge, nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MARTIN

Il a bien voulu nous faire bénéficier de ses immenses connaissances de l'anatomie pathologique. Ses conseils nous ont été fort précieux pour la rédaction et l'illustration de notre travail.

Qu'il veuille bien croire à nos respectueux et sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN

Chirurgien des Hôpitaux

Il est notre Maître de conférences et nous sommes fiers de compter parmi ses élèves. Au cours de très agréables soirées d'études, nous avons pu apprécier ses qualités d'enseignement.

Nous sommes heureux de lui redire ici tous nos remerciements et de l'assurer de notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR TIXIER

M. LE DOCTEUR DELORE

Externat :

M. LE PROFESSEUR PATEL

M. LE PROFESSEUR BERARD

M. LE PROFESSEUR FROMENT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER

M. LE PROFESSEUR SAVY

M. LE DOCTEUR PLAUCHU

Internat :

M. LE PROFESSEUR BERARD

M. LE PROFESSEUR ROCHET

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES

M. LE PROFESSEUR PATEL

M. LE DOCTEUR DELORE

M. LE PROFESSEUR TIXIER

M. LE PROFESSEUR VILLARD

M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

La CONSERVATION PARCELLAIRE de l'OVAIRE

Introduction

Parmi les problèmes de la chirurgie conservatrice dans les lésions des organes génitaux de la femme, le problème de la conservation de l'ovaire semble dominer la conduite thérapeutique à suivre en face de ces lésions. Qu'il s'agisse de lésions inflammatoires bilatérales ou de tumeurs bilatérales des annexes, toutes les opérations pratiquées sur la trompe et l'utérus gravitent autour de la conservation de la glande ovarique et ne sont que des opérations destinées à assurer l'aboutissement des fonctions physiologiques de cet organe.

L'ovaire est une glande à fonctions très complexes, et outre son rôle principal, l'ovulation, nous savons que par ses liaisons avec les autres glandes endocrines de l'économie, il entraîne des variations considérables dans l'équilibre organique de la femme.

Mais en plus, nous savons son importance capitale dans la menstruation. Les données physiologiques récentes ont tenté de discriminer auquel de ses éléments était dévolue cette fonction, mais nous ignorons encore son mécanisme intime. Est-ce sa sécrétion interne,

est-ce une action nerveuse à point de départ ovarien; quoiqu'il en soit, il n'y a pas, il ne peut pas y avoir, dans la majorité des cas, de menstruation sans ovaire. Et l'on arrive ainsi à la notion d'une synergie fonctionnelle admirable entre utérus et ovaire, dont l'effet physiologique normal est la production des règles. La suppression de ce phénomène entraîne des troubles de la ménopause chirurgicale, troubles plus ou moins variables, tantôt considérables, tantôt plus légers touchant seulement le caractère, mais qui amènent malgré tout un certain déséquilibre moral de la femme.

On voit donc l'importance de la conservation ovarienne pour préserver d'abord l'ovulation et la fécondation, pour sauvegarder ensuite l'écoulement périodique menstruel.

Mais cette conservation ovarienne peut être minime, un fragment minuscule d'ovaire, une simple lamelle extrêmement mince peut suffire à assurer une fonction glandulaire correcte. Cette notion est connue depuis longtemps, mais nous voulons montrer qu'il existe souvent parmi les lésions ayant nécessité une intervention sur les annexes, une parcelle d'ovaire suffisamment indemne pour pouvoir être conservée.

Qu'il s'agisse de lésions inflammatoires bilatérales, ou de tumeurs ovariennes bilatérales bénignes, on peut arriver très souvent à trouver sur l'ovaire le moins malade une zone macroscopiquement bonne, souvent réduite à presque rien, lame très mince ou simple pastille de tissu ovarien, douée d'une irrigation vasculaire suffisante pour sa nutrition. Si l'on ne peut sauvegarder en même temps le canal vecteur de

l'ovule on aura du moins la ressource de conserver l'utérus et un fragment d'ovaire et ainsi de faire une intervention utilement conservatrice.

C'est à la Clinique Gynécologique de la Charité, pendant notre semestre d'internat, que nous avons vu notre Maître M. le Professeur VILLARD pratiquer avec sa maîtrise, sa minutie habituelles, ces interventions où il fallait sauvegarder la fonction génitale. Nous avons été très vivement intéressé par les résultats obtenus par la conservation, en même temps que de l'utérus, d'un seul fragment ovarien. Aussi nous remercions très vivement M. le Professeur VILLARD de l'honneur qu'il nous a fait en nous demandant de rechercher les résultats éloignés de ses interventions.

Nous n'avons réuni que la statistique personnelle de M. le Professeur VILLARD, y compris les malades opérées par son chef de clinique, le Docteur LABRY. Déjà en 1926, dans sa thèse inaugurale, M. le Docteur LABRY avait réuni une statistique très importante de résultats éloignés de conservation dans les annexites bilatérales et nous y retrouvions 11 cas de conservation parcellaire de l'ovaire.

Depuis cette date, très nombreuses ont été les indications de cette intervention non seulement pour des lésions inflammatoires bilatérales, mais encore pour quelques cas de tumeurs ovariennes bilatérales.

Mais la question qui se pose est de savoir comment va fonctionner ce petit moignon glandulaire, si sa sécrétion externe sera suffisante pour la fécondation, si son action dans la menstruation sera durable, enfin pour que ces deux actions soient encore possibles,

quel doit être le minimum de glande que l'on peut garder utilement.

Si la question de la quantité importe, il faut avant tout que l'on puisse garder un fragment suffisamment nourri et vascularisé et autant que possible sain.

Devant la gravité des troubles de la ménopause chirurgicale, véritable rançon des castrations totales rapides et brillantes, en présence d'une femme jeune il faut tout faire pour garder, à défaut de la fécondation, au moins la menstruation et c'est dans cet esprit que notre Maître M. le Professeur VILLARD a réalisé ce but au maximum par la conservation parcellaire de l'ovaire et a pu ainsi obtenir des résultats que nous sommes fiers de pouvoir publier aujourd'hui.

Qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont pu nous aider dans la présentation de notre thèse. En premier lieu, M. le Docteur LABRY, qui a bien voulu revoir quelques-unes des malades qu'il avait lui-même opérées. Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à M. le Professeur Agrégé MARTIN, qui a bien voulu nous faire bénéficier de ses connaissances anatomo-pathologiques et en particulier de ses notions si personnelles sur cette lésion si disparate qu'est l'ovarite kystique. Qu'il nous soit permis également de remercier notre Externe M. SOHIER qui a bien voulu par ses dessins donner quelque attrait à notre travail. Nous n'aurions garde d'oublier notre ami E. ROCHET, interne des Hôpitaux, qui nous a aidé précieusement par la traduction de nombreux articles étrangers, ce dont nous le remercions très sincèrement.

Historique

La résection de l'ovaire est une opération fort ancienne, dont les origines pourraient remonter aux premiers essais de chirurgie ovarienne conservatrice de SPENCER WELLS et de SCHATZ. Mais la première résection typique de l'ovaire fut faite par SHROEDER, en 1884, pour un kyste dermoïde et fut suivie de grossesse.

Depuis, cette méthode s'est généralisée et à la suite de nombreux travaux, MARTIN, en Allemagne, fit de vigoureuses tentatives pour la défendre. En 1889, à la Société de Chirurgie de Berlin, en 1891 au Congrès allemand de Gynécologie de Bonn, en 1893 au Congrès de Breslau, il publie des cas de plus en plus nombreux et rassemble 21 résultats; sur ces 21 cas, 2 cas de mortalité, un de péritonite, un d'infection intercurrente; 2 nécessitèrent une réintervention pour dégénérescence kystique. Sur les 17 restant 5 malades devinrent enceintes. Mais ces 17 cas ne sont pas tous probants, 13 seulement ont eu une résection véritable :

- 5 pour ovarite scléro-kystique;
- 5 pour cystome de l'ovaire;
- 1 pour kyste dermoïde;
- 2 pour salpingite chronique.

A la même époque, en Amérique, cette question fut mise à l'étude par DUDELEY en 1887, expérimentée ensuite par POLK et GAILLARD THOMAS en 1891.

C'est également à peu près à la même date que commence la grande croisade de Pozzi pour la chirurgie conservatrice de l'ovaire avec entre autres ses communications en 1893-1894 dans les *Annales de Gynécologie* et la thèse de son élève DELAUNAY en 1893. Aussi devant un tel enthousiasme les travaux affluent en France avec les thèses de RAGUIN, 1894, DONNET, 1896; à l'étranger avec MATHEI, SCHALDEMORE, GUSSE-ROW, WIEDOW, SIPPEL.

Aux Etats-Unis, même éclosion de travaux avec KELLY, 1896, LEE-FISH, 1896, DUNN, 1897. En Italie TUSINI et CECI. En Russie POROCHINE, 1897. En Belgique GODART, 1897. En Allemagne PFANNENSTIEL.

Mais en 1897 paraît un très important travail de Pozzi sur la question et on peut bien dire que c'est à partir de ce jour que la résection de l'ovaire prit toute son importance et que c'est grâce au chirurgien français que l'on perfectionna la technique et que l'on en multiplia les indications.

Les observations de POTHERAT et GUILLOIS, en 1897, de REYNOLDS-MORRIS, JONHSON, GERSUNY, 1899, CERNI HARRIS, 1900, viennent étayer et confirmer les théories de Pozzi bien étudiées dans la thèse de MONTANA, 1899. JAYLE, dans la thèse de BLAGNY (Paris, 1899), recommande la conservation ovarienne après salpingectomie bilatérale.

En 1901, paraissent les premiers travaux d'ESTORE BIDONE sur la résection expérimentale de l'ovaire, qui

conclut tout à fait en faveur de cette intervention. Mais il faut bien remarquer que, si BIDONE a vu qu'il suffisait d'un tout petit fragment pour restituer sa forme, sa structure à l'ovaire, ses observations ne se basent que sur des ovaires sains d'animaux, et que chez la femme, où l'on opère pour des lésions réelles, les résultats peuvent être différents.

En 1902, LOEWY et GUENIOT, faisant une étude très complète des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, montrent, de même que R. CONDAMIN dans le *Lyon Médical* (1904), qu'il est souvent possible de trouver à côté de la tumeur, du tissu ovarien sain, en quantité souvent infime il est vrai, mais qui peut permettre malgré tout une conservation.

En 1903, au Congrès de Médecine de Madrid, la chirurgie conservatrice est défendue par les rapports de TREUB et FARGAS, et BOURSIER, de Bordeaux, cite 37 cas d'opérations limitées pour ovarite scléro-kystique.

En 1905, importante discussion à la Société de Chirurgie de Paris sur la conservation de l'utérus et d'un ovaire entier ou réséqué, dont Tuffier reste très partisan, alors que ROUTIER, DELBET et J.-L. FAURE se montrent très réservés et très circonspects.

Et de fait, en 1906, VAUTRIN, apportant deux cas de dégénérescence kystique après conservation de l'utérus et d'un fragment d'ovaire, conclut que c'est là une pratique dangereuse et illusoire, donnant des résultats peu encourageants avec des menstruations, qui lorsqu'elles persistent, sont très irrégulières en date et en quantité.

Une importante statistique est apportée en 1907 sur les résultats de la conservation de l'ovaire dans *American Journal of Obstetrics*, à la suite de laquelle les rapporteurs concluent qu'en présence de lésions kystiques des ovaires, l'opération doit être radicale, à moins d'une demande expresse de la malade pour la conservation.

En 1910, au Congrès de Gynécologie de Toulouse, DE ROUVILLE cite 32 cas de castration unilatérale et de résection large de l'ovaire de l'autre côté, tous guéris avec 3 cas de grossesse, mais il estime qu'il ne faut pas conserver l'ovaire sans la trompe et expose les idées de l'Ecole Montpelliéraine dans les thèses de trois de ses élèves PY, REMUSAT et ROBERT.

L'année suivante, JACOBSON publie, dans la *Revue de Gynécologie*, la statistique de la Clinique Gynécologique du Professeur OTT, de St-Petersbourg : il constate sur 15 cas de conservation, des trompes, de l'utérus et d'un fragment d'ovaire, 15 résultats satisfaisants avec une grossesse.

En 1913, WALTHER apporte à l'Académie de Médecine une statistique importante de 70 cas avec des résultats immédiats fort simples et un pourcentage vraiment impressionnant de 25 % de grossesses ultérieures.

En accord avec tous ses résultats, et vérifiant les données expérimentales de CARMICHAEL, de MAUGERI, de JAYME Pozzi, de FIGUEREIDO et de Mme KOHN, l'Ecole Lyonnaise, sous l'impulsion du Professeur A. POLLOSSON, préconise cette chirurgie conservatrice et

montre dans la thèse d'ARMAND et surtout celle de CONVERT, la place prépondérante qu'a pu prendre dans le traitement des lésions annexielles, la castration partielle aux dépens de l'exérèse totale.

Depuis cette date, les interventions partielles sur l'ovaire ont continué à jouir d'une grande faveur, et dans toutes les Sociétés savantes Françaises, Belges, Anglaises, Américaines, on apporte des faits encourageants. Ce sont les discussions à la Société Belge de Chirurgie en 1920, avec MM. KARHAUSEN et BROUHA, les résultats apportés par KOHLER, en 1923, dans *Zentralblatt für Gynaek.*, par BONNEY, in *Practitioner*, 1924, par POOLS et HAUWKS, dans *Surgery Gynecology Obstetrics*, 1925, par ISBRUCK, sur le traitement de certaines métrorragies par la résection ovarienne interpolaire.

Dès lors, les travaux de LIPSCHUTZ et WAGNER sur l'hypertrophie compensatrice des fragments ovariens, après castration partielle, et de KOHLER sur l'action de la résection sur la menstruation semblent faire de cette intervention une véritable panacée. On coupe des ovaires par le milieu, les trois quarts, on les laisse, on les enlève, on les remet, c'est une véritable folie d'ovaires. Pourtant, si l'ovaire a une sécrétion interne fort utile, comme l'ont montré MOULONGUET et DOLE-
RIS, il semble qu'il faille la corrélation utéro-ovarienne pour qu'elle soit efficace. Aussi malgré les partisans très énergiques de la conservation totale ou partielle d'un ovaire dans l'hystérectomie DOLERIS, SIRE-
DEY, DELBET, TIXIER, croient cette solution inutile et souvent dangereuse; et l'on se rappelle les statisti-

ques anciennes de VINEBERG et de POLAK où 24 % des malades ainsi opérées nécessitaient une deuxième laparotomie pour dégénérescence kystique de l'ovaire laissé. Cette question fut d'ailleurs discutée et définitivement solutionnée après le Congrès de Chirurgie de Paris de 1924, où le rapport de MM. LABEY et TIXIER condamnait formellement de laisser un ovaire seul en place après hystérectomie.

Au Congrès français de Chirurgie, 1926, après les rapports de MM. DE ROUVILLE et MOCQUOT, un grand nombre de chirurgiens prirent part à la discussion et l'ovaire eut le beau rôle. Le traitement de l'ovarite scléro-kystique, le traitement des salpingites par l'hystérectomie fundique, intervention réalisée par BEUTNER en 1908, vantée déjà par D'ERNST en 1918, par LECÈNE et GAUDART D'ALLAINES, par HARTMANN en 1922, vinrent démontrer tout l'intérêt de la glande ovarique. En même temps, les greffes ovariennes furent à l'honneur. Préconisées déjà en 1895 par CHROBAK et MORISS, utilisées en France par TUFFIER, DELAGENIÈRE, DE ROUVILLE, MAUCLAIRE, ces greffes pariétales ou épiploïques ne donnèrent pas tous les résultats espérés. C'est qu'en effet, le greffon après une période d'activité, de durée très variable s'atrophiait. Seules les transpositions intra-utérines de l'ovaire muni de son pédicule sont à retenir, car elles peuvent permettre la grossesse. Les travaux de TUFFIER, la belle statistique d'ESTES, l'intéressant mémoire de H. HARTMANN, en 1925, montrent que la résection parcellaire de l'ovaire peut donner des résultats intéressants à condition de sauvegarder la nutrition de ce fragment

ovarien. C'est là une condition indispensable et la technique de cette intervention doit laisser intacte l'irrigation de la glande sous peine de voir se produire des processus de dégénérescence kystique secondaire.

CHAPITRE PREMIER

Etude physiologique de l'ovaire normal

De tout temps la physiologie de l'ovaire suscita de nombreux travaux et de nombreuses recherches de la part des physiologistes et aussi des chirurgiens. Lorsque l'on eût mis en valeur son rôle, non seulement dans l'ovulation nécessaire à l'espèce et dans la menstruation, mais encore son influence sur l'organisme tout entier, sur la nutrition, sur le métabolisme, sur le système nerveux, sur le développement de l'individu, l'importance de la fonction ovarienne fut nettement établie. De plus les effets de la castration vinrent encore nettement montrer la nécessité de conserver à la femme jeune le maximum de la fonction ovarienne;

Dès sa formation chez l'embryon, l'épithélium germinatif situé à la surface de l'ovaire envoie à l'intérieur de la glande des cordons cellulaires qui vont constituer les follicules primordiaux.

Jusqu'à la puberté, ces follicules dégénèrent, se flétrissent. Pour certains auteurs, ces follicules atrédi-

ques formeraient une véritable glande. STEINACH et LIPSCHUTZ n'hésitent pas à la considérer comme la « glande de la puberté », tenant sous sa dépendance la formation des caractères sexuels secondaires, mais FRAENKEL conteste une pareille importance.

Au moment de la puberté, un follicule ovarien grossit démesurément, refoulant à la périphérie son enveloppe conjonctive, la thèque interne, zone qui renfermerait aussi quelques cellules glandulaires. Le follicule prend alors l'aspect d'une grosse vésicule kystique renfermant un liquide clair le « liquor folliculi ». De plus en plus grosse, cette vésicule, refoulant les tissus voisins, arrive à la périphérie de l'ovaire, se rompt, laissant échapper le « liquor folliculi », la membrane épithéliale qui tapisse l'intérieur de la vésicule de Graaf et enfin l'ovule. Le follicule ainsi déhiscent poursuit à nouveau son évolution et aboutit à l'apparition du corps jaune dont le développement est ainsi lié au sort de l'ovule.

A la naissance un ovaire contient, d'après de nombreuses coupes et recherches histologiques, 200 à 300.000 follicules. 4 à 500 seulement arrivent à maturité, les autres subissent la dégénérescence. On voit donc la richesse considérable de l'ovaire en tant que formation possible d'ovules.

Ce processus de l'ovulation apparaît comme absolument régulier, cyclique, périodique et tout l'appareil génital de la femme ressent périodiquement la secousse d'un tel phénomène dont le flux menstruel est le témoin le plus apparent. L'ovulation se fait suivant un rythme qui n'est pas encore élucidé. On pense

qu'il y a un véritable balancement, que les deux ovaires fonctionnent alternativement, mais aucun fait expérimental n'est venu vérifier cette hypothèse et même on a trouvé souvent au cours d'une laparotomie, sur le même ovaire, un follicule en voie de maturité et un corps jaune en régression, indice de l'ovulation précédente, mais on ne trouva jamais sur le même ovaire qu'un corps jaune à la période d'état.

Le flux menstruel est comme l'ovulation, périodique et en dépend c'est bien certain. Des quantités de faits expérimentaux, cliniques, viennent le prouver. Avant la puberté où l'ovulation manque, après la ménopause, période de sénescence fonctionnelle de l'ovaire, il n'y a pas de menstruation. De même l'ablation des ovaires amène chez la femme, d'une façon générale, l'arrêt définitif de l'écoulement menstruel.

Pendant longtemps, cependant, la menstruation fut étudiée en elle seule et rattachée à des causes mystérieuses. HIPPOCRATE l'attribuait à la chaleur du corps qui accumule dans la matrice le sang charriant la semence féminine. C'est un émonctoire pour ARISTOTE, une purgation pour FERNEL, une phlogose amoureuse pour EMMET LE CAT, le résultat de la déclivité utérine pour BAUDELOCQUE.

C'est DOGUÈS, le premier, en 1833, puis RACIBORSKI, en 1868, qui voient enfin un lien entre l'ovulation et la menstruation. Depuis ce jour de nombreuses théories ont été patiemment échafaudées, mettant en cause tantôt l'effet mécanique, tantôt l'action de chacun des tissus constituant la glande ovarique.

a) THÉORIE MÉCANIQUE RÉFLEXE

Emise par POUCHET, en 1842, elle fut reprise comme sienne par PFLÜGER en 1863, puis défendue par LACASAGNE (Th. Lyon, 1913). Le développement du follicule entraînerait mécaniquement une excitation des centres nerveux par l'intermédiaire des nerfs de l'ovaire, et produirait par action réflexe une congestion génitale.

Cette théorie présente de grosses objections, il y a en effet des ovulations sans hémorragie menstruelle, par exemple des femmes qui ne sont pas réglées pendant l'allaitement peuvent être fécondées.

HALBAN, en 1901, a sectionné tous les nerfs de l'ovaire sans amener d'arrêt de règles.

Enfin on sait, et Mme Clotilde MULON dans sa thèse (Paris 1917), a montré la variabilité extrême entre l'ovulation et la menstruation. La pratique des greffes ovariennes a montré enfin en l'absence de tout autre ovaire que les règles se rétablissaient et duraient tant que vivait le greffon.

Pour LOWENTHAL ce réflexe, s'il existe, serait dû à l'arrivée de l'œuf sur la muqueuse utérine.

b) RÔLE DU CORPS JAUNE

PRENANT, en 1898, FRAENKEL, en 1901, ANCEL et BOUIN, VILLEMEN (Th. Lyon, 1908), recherchent la synergie fonctionnelle entre l'état de nutrition de l'utérus et la phase d'évolution du corps jaune. Celui-ci constituant une véritable glande qui se régénère périodiquement.

Mais REGAUD et DUBREUIL, en 1909, étudiant ce phénomène chez la lapine, LACASSAGNE détruisant les éléments constitutifs de l'ovaire par les rayons X, SCHIKELÉ, en 1921, puis HENRY, 1923 (Th. Montpellier), montrent que la théorie de FRAENKEL ne se trouve réalisée que très rarement. « Il est certain », conclut SCHIKELÉ, qu'à la veille de la menstruation, derniers 8 jours, l'ovaire héberge souvent un corps jaune. Ce corps jaune ne se trouve pas toujours à la même phase d'évolution. Il est certain que l'on peut rencontrer un corps jaune en période d'état au cours de la semaine qui suit la fin des époques.

Il est certain aussi que la menstruation peut se produire en l'absence de corps jaune.

Les recherches de CHAUFFARD, GUY LAROCHE, GREGANT sur l'hypercholestérolémie prémenstruelle rendent vraisemblable l'existence de cette activité sécrétoire du corps jaune.

Restait encore l'action possible de la glande interstitielle.

c) RÔLE DE LA GLANDE INTERSTITIELLE

Mme DE JONG (Th. Paris), ROUVILLE et SAPPEY, en 1922, concluent que la sécrétion de la thèque interne commande l'hémorragie menstruelle.

Mais SCHIKELÉ réfute encore cette hypothèse.

A la suite de 56 laparotomies avant, pendant et après les règles, aucun rapport ne peut être établi entre le volume de la glande thécale et le nombre de ses éléments et leur fonction. Rien n'est plus va-

riable pendant la vie génitale extra-gravidique que la glande thécale, rien ne permet de lui reconnaître des rapports avec la menstruation normale ou anormale. MOULONGUET, DOLERIS (Th. Paris, 1913), précisent l'existence du tissu interstitiel, mais concluent que la sécrétion interne de l'ovaire semble n'avoir aucun effet sur l'hémorragie menstruelle.

Certes, ce ne sont pas là toutes les théories sur le rôle de l'ovaire dans la menstruation, de nombreuses autres hypothèses ont été émises, mais il paraît actuellement impossible de dire à quelle partie de l'ovaire il faut attribuer la mise en jeu de la menstruation. Il s'agit vraiment d'une sécrétion interne pour laquelle toutes les parties composantes de la glande agissent simultanément plutôt qu'à l'exclusion les unes des autres.

La menstruation ajoute-t-elle dans l'équilibre organique de la femme quelque chose de plus à la sécrétion interne de l'ovaire? Oui, certes, et de nombreux faits expérimentaux, cliniques le prouvent. L'écoulement menstruel paraît être un véritable émonctoire indispensable à la désintoxication périodique de l'organisme et parmi les troubles de la ménopause chirurgicale, un grand nombre peut être rattaché à la suppression de la menstruation. C'est un point sur lequel TUFFIER a justement insisté depuis longtemps. « Quand nous pratiquons, disait-il, en 1910, l'ablation de l'utérus en laissant les ovaires en place, des accidents ultérieurs en tout semblables à ceux de la suppression des ovaires se manifestent avec la même intensité et le même rythme. Ces accidents sont donc

due à une autre cause que l'ablation des ovaires. Il est facile de démontrer que la suppression des règles est la cause univoque des accidents. Si après une de nos opérations qui suppriment la menstruation et provoquent des accidents consécutifs, la menstruation se rétablit, dès que les premières gouttes de sang ont été évacuées tous les accidents s'évanouissent. TUFFIER cite à ce propos l'observation typique de sa malade de 26 ans à qui il avait fait une greffe ovarienne après castration bilatérale, et qui pendant 5 mois n'a pas de règles et présente des troubles de la ménopause. Au bout de ce temps, le flux menstruel réapparaît et avec lui tous les troubles cessent.

L'explication de ce phénomène est encore dans le domaine des hypothèses. Il peut s'agir aussi bien d'une dépendance physiologique entre l'endomètre et l'ovaire, comme le veulent GRAVES, ZWEIFEL et ABEL, ou bien d'une sécrétion interne antagoniste entre l'endomètre et l'ovaire, comme l'admettent FELLNER et FEDOROFF. L'utérus a peut-être bien lui-même une sécrétion interne pouvant fonctionner synergiquement ou indépendamment de celle de l'ovaire, en tout cas aussi importante que celle de la glande ovarique seule. C'est d'ailleurs l'opinion de M. le Professeur VILLARD et, pour lui, on a avec la conservation de l'utérus seul le minimum de troubles de la ménopause chirurgicale et cette conservation est supérieure à celle de l'ovaire seul.

Donc, au point de vue physiologique, la conservation de la glande ovarique seule paraît inutile et sans aucun intérêt.

CHAPITRE II

Etudes physiologiques et anatomiques de l'ovaire après conservation parcellaire

L'oophorectomie unilatérale amène fréquemment chez la femme un retard de règles. Si l'on admet qu'un seul follicule de Graaf se rompt à chaque période menstruelle et que chaque ovaire fonctionne alternativement, il s'en suivrait la suppression de la première ou deuxième période menstruelle. Mais rapidement le cycle périodique reparaît, il se fait une adaptation fonctionnelle remarquable, l'ovaire restant fonctionnant seul et assurant la régularité de la ponte ovulaire et de la menstruation.

De nombreuses recherches expérimentales ont été faites à ce sujet.

VALTORTA étudia en 1908 les résultats de la castration unilatérale chez le lapin. Qu'il s'agisse d'animal jeune ou adulte, l'ovaire restant augmente nettement

de volume, ce qui serait explicable par l'hyperproduction des follicules et du tissu interstitiel.

Même expérience de CARMICHAEL en 1909, qui donne les mêmes résultats avec dans un cas augmentation du double en poids par rapport à celui de l'ovaire témoin. Dans un autre cas, 3 portées de 7 lapins ayant eu lieu montrèrent que l'ovaire resté seul était suffisamment actif pour l'ovulation.

MAUGERI trouve après ses recherches des résultats peu concordants et n'ose appliquer ces données expérimentales chez l'animal à l'évolution de l'ovaire restant chez la femme. A ce point de vue, Mme DE JONG, dans sa thèse, rapporte le cas d'un ovaire qui fonctionna seul pendant 18 ans à la suite d'une castration unilatérale faite chez une jeune femme pour stérilité. L'examen histologique montra une structure normale et tout à fait typique d'un ovaire sain.

ARAÏ, en 1920, expérimentant sur le rat blanc, constate qu'avant la puberté le poids de l'ovaire restant augmente de 40 %, après la puberté de 100 %. La cause réelle de l'hypertrophie n'a pas été démontrée. Pour cela il compte le nombre total des ovules et des corps jaunes dans les ovaires laissés et voit qu'il est sensiblement le même que dans l'ovaire témoin. Ce n'est donc pas le facteur important de l'hypertrophie. Mais il lui apparaît que l'augmentation de volume de l'ovaire est due :

— Avant la puberté, à un nombre plus grand de corps jaunes ajouté à celui des follicules déjà décrits; cette activité de l'ovaire est difficile à préciser dans sa cause, mais elle est suffisamment nette puisque

ARAÏ constate que les femelles privées d'un ovaire donnaient des portées d'autant de petits que les femelles normales, et que, d'autre part, la première ovulation se produisait à la même époque chez la rate opérée que chez la rate normale.

Il paraît en être de même dans le cas de conservation d'une parcelle d'ovaire; l'ovulation se fait en effet d'une façon normale, malgré le processus de cicatrisation du moignon ovarien. Ce processus fut bien étudié par BIDONE en 1901 et son évolution est fort intéressante à connaître. Dans une plaie opératoire d'un ovaire après l'hémorragie minime qui se fait à sa surface se développe un fin réseau de fibrine partant des lèvres de la plaie et s'enfonçant dans la masse presque homogène des globules où l'on perçoit seulement çà et là quelques leucocytes.

Ce caillot est remplacé peu à peu par du tissu conjonctif embryonnaire qui, au bout de trente jours environ, est entièrement transformé en noyau cicatriciel compact. Ce bloc cicatriciel forme bientôt une élevure à la surface de l'organe et se trouve repoussé en dehors par le processus de régénération de la glande qui finit souvent par recouvrir sa forme arrondie.

Si la résection intéresse la zone médullaire de l'ovaire, la dépression se comble moins facilement et chez les animaux sacrifiés vers le cinquantième jour, on voit le coin de tissu cicatriciel se continuer par une bande ininterrompue avec le stroma conjonctif abondant de la zone médullaire.

La réaction régénérative de l'ovaire se produit très

rapidement. Caractérisée au début par une infiltration leucocytaire très marquée elle s'accompagne d'une dilatation très appréciable des capillaires sanguins destinée peut-être à favoriser la diapédèse. Dans le premier stade on observe une dégénérescence graisseuse de l'épithélium glandulaire au voisinage de la lésion. La régénération du parenchyme suit un cours régulier et continu, restituant à l'organe sa forme et sa structure primitives. De nouveaux follicules se développent et prennent la place du tissu fibreux qui est refoulé et peut entièrement disparaître au niveau de la zone corticale. Ce processus régénératif serait expliqué par le travail continu de néoformation et de maturation de follicules qui s'observe suivant PALADINO, depuis l'état foetal jusqu'à la vieillesse. Ces recherches permettent d'affirmer que même lorsqu'on résèque d'assez larges portions, il suffira d'un fragment minime pour restituer à l'organe sa forme et sa structure, sinon ses dimensions primitives.

De même, dans l'étude faite par ZACHARIAS en 1909 sur l'aptitude fonctionnelle des restes ovariens, on note une observation clinique et opératoire très concluante. Dans un cas de kyste mucoïde double des ovaires, il fit une castration unilatérale et une résection ovarienne paratotale de l'autre côté, suivant la méthode de MENGE. Cette femme eut ses règles normalement, eut même une grossesse qui se termina par un avortement de 3 mois $1/2$. Quatre ans $1/2$ après la première intervention, la malade fut réopérée pour rétroversion et l'on constata que l'ovaire restant était gros comme une prune, de contours bosselés avec à

sa surface de petits kystes gros comme une tête d'épingle.

Plus récemment LIPSCHUTZ et WAGNER, dans une communication à la Société de Biologie, rapportent en 1922 leurs résultats sur les résections d'ovaires.

Après conservation d'un quart d'ovaire, après ablation de l'autre chez une lapine d'un mois, on constate que six mois après, ce fragment représente la moitié de l'ovaire de l'animal témoin de la même portée.

Après conservation d'une moitié de l'ovaire, ce moignon était devenu aussi, sinon plus gros, que l'ovaire témoin. Dans le premier cas on constatait de plus que l'utérus s'était moins développé, dans le second cas son volume était normal.

L'augmentation en poids subie par l'ovaire normal est causée par le développement des follicules et plus le nombre de follicules par rapport au nombre total d'ovules est grand, plus le poids de l'ovaire augmente; le nombre d'ovules est si grand qu'à l'état normal un nombre très restreint entre en développement folliculaire pour s'arrêter à un stade plus ou moins avancé. Si nous réduisons la masse ovarienne d'une manière même très considérable la source d'augmentation en poids reste quand même inépuisée et cela suffit pour qu'une hypertrophie ait lieu et qu'un nombre relativement plus grand d'ovules entre en développement folliculaire. Cette augmentation folliculaire fut d'ailleurs vérifiée microscopiquement par LIPSCHUTZ et WAGNER au cours de leurs expériences.

Quand au nombre d'ovules dans un ovaire hypertrophié, il est sensiblement égal à celui d'un ovaire nor-

mal, d'après les recherches d'ARAÏ, alors que le nombre des follicules est doublé. Pourtant LIPSCHUTZ et WAGNER, étudiant des coupes d'ovaires après résection, ont trouvé en certains points, et en particulier dans la zone avoisinant le hile, une région où le nombre d'ovules était nettement diminué. Il apparaît donc en toute évidence que l'hypertrophie du fragment ovarien est causée exclusivement parce qu'un nombre relativement plus grand d'ovules entre en développement folliculaire.

Ces faits cependant s'appliquent à des ovaires sains mais que se passe-t-il après la résection d'un ovaire pathologique?

Le processus de régénération ovarienne est très intense. TRUFFI et GIOVANNI, produisant des lésions dans des ovaires de chienne et de lapine adultes, voient se former de nouveaux cordons de Pflüger aux dépens de l'épithélium germinatif superficiel. Mais une quantité importante de ces follicules sera anovulaire. Ces observations prouvent que les cellules de l'ovule peuvent se former dans un ovaire à développement complet aux dépens d'éléments à apparence indifférente. Il est nécessaire, semble-t-il, que les lésions produites dans le tissu ovarien ne soient pas trop importantes, sinon l'hémorragie et le tissu de sclérose entravent la régénération.

PARKES, FIELDING, BRAMBELL ont fait plus. Après ovariectomies doubles chez 121 souris, le cycle œstrien réapparut chez 11, dont 8 présentèrent du tissu ovarien nouveau à l'examen. Les expérimentateurs ayant fait une opération initiale complète, concluent que

la régénération s'est faite aux dépens de tissus n'ayant pas la structure ovarienne, mais dont le siège exact ne peut être déterminé. Dans ce tissu régénéré, de nombreux follicules et corps jaunes ont été retrouvés. De tels phénomènes peuvent peut-être s'observer chez la femme et fournir pour une part l'explication des cas de gestation survenus après ovariectomie double.

Que deviennent les fonctions génitales des femmes auxquelles on a conservé l'utérus et une quantité suffisante d'ovaire, cette quantité étant d'ailleurs très minime?

La date de la première période menstruelle est d'apparition variable, tantôt suit d'une façon ininterrompue le cycle menstruel antérieur, tantôt retarde de 15 jours, parfois un mois, parfois plus. Nous l'avons vu dans un cas réapparaître seulement 8 mois après l'intervention. Cette première période menstruelle est rarement troublée, les femmes peuvent perdre d'une façon un peu capricieuse, pendant 3 ou 4 jours, mais en général, la troisième ou quatrième apparition des règles rétablit d'une façon normale l'écoulement menstruel.

Tous les caractères physiques du sang menstruel sont conservés; il ne s'agit pas de ménorragie, pas de présence de caillot, mais il arrive cependant que ces règles soient plus abondantes qu'auparavant, durant 5 à 6 jours, avec toutefois les 2 derniers jours un écoulement insignifiant.

Quelle est la quantité d'ovaire suffisante pour conserver la menstruation?

Le fait est difficile à préciser, mais d'après nos

faits personnels, et en particulier dans les observations 7, 16, 22, 41, l'ovaire conservé était réduit presque à rien, atteignant à peine le volume d'un pois; dans deux autres cas, la section du ligament large a passé au ras de l'ovaire avec l'espoir qu'il resterait quelques débris ovariens (obs. 44, 45).

Mais ces menstruations sont-elles dues au fonctionnement seul de l'ovaire resté, en d'autres termes, ne peut-on les expliquer par d'autres causes, en particulier par la présence d'ovaires surnuméraires? Il est certain qu'il existe des cas de menstruation après ablation bilatérale des ovaires. Récemment MM. MICHON et LABRY, dans un travail de Clinique Gynécologique de Lyon, ont étudié les résultats de la conservation de l'utérus seul. De cette ancienne intervention, défendue dès le début de la chirurgie annexielle par LAWSON-TAIT, notre Maître M. le Professeur VILLARD est un partisan convaincu, et les résultats obtenus montrent que si, malgré tout, les troubles de la ménopause apparaissent, ils sont certainement peu graves et encore ne sont pas absolument certains, quelques bouffées de chaleur tout au plus. Dans 3 cas sur 11 réapparurent en effet les règles, règles vraies, sans conteste possible.

Ces cas sont très troublants; faut-il admettre simplement la persistance des débris ovariens, c'est l'explication la plus satisfaisante, ou la présence d'ovaires supplémentaires? Ces derniers cas sont rares. Mme EISENBERG-PAPERIN, dans sa thèse, a recherché les cas publiés.

Pour BEIGEL, ces anomalies ne seraient pas rares, il

en avait observé 23 cas sur 500 autopsies. Il convient cependant de faire remarquer que les constatations de BEIGEL n'ont pas été contrôlées histologiquement et ne peuvent être acceptées que sous une certaine réserve.

WINCKEL aurait trouvé 18 fois des ovaires accessoires sur 500. Pour RIEFFEL, ils ne se rencontrent que dans la proportion de 4 % environ. Ce pourcentage est donc dans l'ensemble assez faible et ne saurait être comparé avec la fréquence de la persistance de la menstruation après ablation des deux ovaires, qui se voit :

Pour TERRIER dans 36 % des cas;

» DELBET	»	12 %	»
» POZZI	»	27 %	»
» MAUCLAIRE	»	2 %	»
» TUFFIER	»	5 %	»
» A. GILLES	»	40 %	»

Il reste bien les cas de menstruation où il fut impossible de découvrir le moindre tissu ovarien et RICHELOT, Pozzi, DELBET en ont cité plusieurs exemples.

Faut-il admettre là la possibilité de suppléances glandulaires de synergie fonctionnelle entre les glandes endocrines de l'organisme, d'une persistance de l'action du système nerveux apte à continuer à provoquer une congestion périodique qui, lorsqu'elle atteint l'utérus, produit un phénomène normal, mais qui lorsqu'elle atteint les muqueuses pituitaire ou rectale (épistaxis, rectorragies des femmes castrées), devient un phénomène pathologique. Ces faits dont l'explication reste très indécise sont malgré tout fort rares.

Il semble donc bien logique d'admettre que dans la presque totalité des cas de conservation ovarienne parcellaire, la persistance de la menstruation est due au fonctionnement normal et suffisant du moignon d'ovaire conservé.

Ce fonctionnement normal peut se traduire également par l'apparition d'une grossesse et par l'évolution à terme de cette gravidité, indice encore important de l'état fonctionnel normal de l'ovaire, si l'on admet avec FRAENKEL que le corps jaune tient sous sa dépendance la nutrition de l'utérus.

Dans les cas où, en plus de l'intervention sur l'ovaire, on a pratiqué une salpingectomie double, la ponte ovulaire se fait alors dans le péritoine; après déhiscence des follicules, l'ovule tombe dans le cul-de-sac postérieur, laisse un petit kyste aseptique ou se résorbe. Ce phénomène est peut-être l'explication de certaines algies pelviennes qui se produisent chez de telles opérées à l'occasion de leurs premières règles.

L'ovaire ainsi laissé en place va-t-il toujours vivre et fonctionner? La réponse est fournie là par les résultats éloignés de nos interventions. Plusieurs de nos malades sont opérées depuis 5 ans et plus, leurs règles ont persisté, aussi normales dans leur abondance que dans leur périodicité. Les cas de dégénérescence kystique secondaire des ovaires que l'on a signalés très fréquemment dans les conservations ovariennes après hystérectomie, ne se sont jamais produits ici et il semble bien évident qu'il faille pour les expliquer un processus inflammatoire ovarien résiduel et surtout une modification importante du régi-

me circulatoire de l'ovaire. Après conservation de l'ovaire au cours d'une hystérectomie, l'afflux du sang artériel à la glande est fatalement très restreint du fait de la double ligature des utérines et au moins d'un pédicule utéro-ovarien et la dégénérescence secondaire peut bien être la conséquence de cette véritable gangrène progressive de l'ovaire.

Il semble donc qu'avec un fragment gros comme un pois ou une lentille, représentant tout ce qu'il reste de glande, l'ovulation et la menstruation puissent se faire d'une façon très satisfaisante, et la fonction synergique utéro-ovarienne être utilement conservée.

D'ailleurs, pratiquement, si une quantité minime d'ovaire est suffisante, la quantité seule n'est pas à envisager, c'est surtout la qualité qui importe et il faut avant tout que le stroma soit normal, sans altération inflammatoire importante et surtout que les conditions habituelles de vascularisation soient conservées.

CHAPITRE III

Les lésions de l'ovaire dans les inflammations des annexes de l'utérus

Dans les inflammations des annexes, la trompe et l'ovaire, sont en général tous deux lésés, mais à des degrés très variables, et il n'est pas rare de rencontrer un énorme pyosalpinx flanqué d'un ovaire à peine œdémateux et quelque peu kystique, ou encore un ovaire en dégénérescence kystique complète ou même abcédé, accroché à une trompe légèrement enflammée et encore perméable. Mais dans la majorité des cas c'est la trompe qui est la plus profondément atteinte, alors que l'ovaire a participé pour très peu au processus inflammatoire. Ces lésions de l'ovaire associées aux dégâts sur les trompes sont connues depuis longtemps et ont été bien décrites dans les études de DALCHÉ (1886), CORNIL et TERRILLON (1887), P. PETIT (1888) et SLAVJANSKI (1891). On sait en effet que les salpingo-

ovarites sont plus souvent bilatérales qu'unilatérales avec toujours une prédominance d'un côté. D'autre part, si l'opinion classique depuis LAWSON-TAIT de l'atteinte plus grave des trompes que des ovaires est vraie dans la majorité des cas, il n'est pas douteux qu'au cours de laparotomies on puisse rencontrer les ovaires presque exclusivement malades. Ceci peut être rattaché à certains facteurs étiologiques. Nous ne rappellerons pas en détail les nombreuses connexions vasculaires et lymphatiques bien étudiées par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Toutes ces liaisons anatomiques peuvent être la voie d'apport de l'agent microbien et expliquer par là la prépondérance ordinaire de la lésion inflammatoire sur tel ou tel organe, suivant l'agent infectieux en cause.

Lorsque le gonocoque est en cause, après la poussée inflammatoire du début, les trompes restent le siège important des lésions. La cavité tubaire, prolongement de la cavité utérine, s'infecte de proche en proche par l'extension des lésions de muqueuse à muqueuse. L'ovaire au contact du pavillon tubaire réagit au processus inflammatoire mais superficiellement, il s'agit plus de périophorite que d'ovarite vraie.

D'après CORNIL et TERRILLON, cette ovarite corticale pourrait exister seule, mais il semble souvent fréquent, comme l'avait montré LAWSON-TAIT, de trouver des lésions à une certaine distance de la capsule, amenant une nette augmentation de volume de l'ovaire.

Par contre souvent, dans les infections d'origine puerpérale, les lésions prédominent sur les ovaires.

Alors que les trompes souvent en situation haute présentent des reliquats de la poussée aiguë du début, très intense mais passagère et s'éteignant comme un feu de paille, les ovaires restent plus altérés. Peut-être faut-il faire jouer là un rôle à l'action antitoxique de la glande qui y localiserait l'infection. Ce sont dans ces formes que l'on trouve les lésions suppuratives de l'ovaire.

Dans la bacillose, les désordres peuvent être diffus, lésant les ovaires isolément, beaucoup plus souvent infiltrant les trompes. Mais souvent tous les organes pelviens réagissent à cette infection chronique, lente, mais progressivement envahissante.

Parmi les innombrables manières dont l'infection peut frapper les annexes, il n'est aucune classification possible des lésions. Les classifications les plus diverces, les nomenclatures les plus disparates, ont été proposées et les études de DALCHÈ, ORTHMANN, CORNIL et TERRILLON, LANDAU, MONTPROFIT, DELBET, se basant tantôt sur l'agent infectieux, tantôt sur la voie de propagation, tantôt sur les lésions histologiques, ont toutes les défauts de ne pas répondre suffisamment à la clinique. Parmi les innombrables causes, tant locales, c'est-à-dire vagino-utérines, que générales, il existe avant tout en pratique trois grandes variétés étiologiques de salpingo-ovarites. La salpingite gonococcique, puerpérale, tuberculeuse et à côté une foule d'autres dont la fréquence est très loin derrière.

Mais au point de vue opératoire on peut distinguer des formes bénignes et des formes graves.

Formes bénignes parce que les lésions sont mini-

mes, facilement curables, parce que les lésions prédominent surtout d'un côté et permettent ainsi de sauvegarder au maximum l'autre, forme bénigne encore parce que le processus inflammatoire de voisinage n'a amené que des adhérences légères et superficielles.

a) FORMES BÉNIGNES

Ce sont les cas de salpingite sans suppuration, catarrhale, nodulaire, interstitielle, oblitérante ou perméable. Ce sont les cas de petite annexite, avec d'un côté distension de la trompe causée par un hydro ou un pyosalpinx, salpingite résiduelle de l'autre. Les adhérences sont souvent minimales, lâches, simple réaction péritonéale adhésive, non infiltrante, fixant les trompes derrière l'utérus, les réunissant par quelques tractus fragiles aux parois pelviennes, à l'S iliaque, au rectum.

Les altérations kystiques des ovaires sont extrêmement fréquentes dans ces cas et déjà CORNIL et TERRILLON avaient signalé que presque dans tous les cas de castration pour salpingo-ovarite, on trouvait sur l'ovaire des formations kystiques.

L'ovaire est farci de kystes peu volumineux, quelquefois très nombreux, renfermant un liquide transparent mais n'acquérant jamais de très grandes dimensions. Souvent on trouve ces formations kystiques à la surface et dans la profondeur un processus de sclérose plus ou moins prononcé.

Parfois l'ovaire est irrégulièrement bosselé de gros-

ses vésicules claires ou hématiques, dont le volume peut atteindre une noix, une mandarine, réalisant alors l'aspect classique du gros ovaire poly-kystique, la « maladie kystique » de l'ovaire, comme l'appelle Pozzi.

Tantôt l'ovaire présente un aspect œdémateux. La périphérie est recouverte d'adhérences molles plus ou moins épaisses. Sa surface est bosselée, mais sans sillons profonds. Sa consistance est molle, pâteuse et, à la coupe, on voit s'écouler une petite quantité de sérosité. Sur cet ovaire font saillie parfois de petits nodules dépassant rarement le volume d'une noisette, à contenu clair au jaune brunâtre, mais ces formations kystiques sont par contre très peu nombreuses au milieu du parenchyme ovarien.

Ce sont ces formes légères de salpingo-ovarites pour lesquelles, en l'absence d'une étiologie nette, gonocoque, streptocoque, lésion utérine (adéno-myome des cornes), on a beaucoup discuté sur leur cause réelle, et si l'inflammation comme l'avait reconnu depuis longtemps BOURSIER, BOUILLY, MARTIN, doit être incriminée le plus souvent, la congestion pure semble insuffisante pour produire de telles lésions malgré l'étude clinique et expérimentale de ROULLAND sur les annexites non infectieuses et les travaux de RICHELOT, DOLERIS, P. PETIT et CONZETTE.

A un degré plus avancé mais toujours localisé le processus inflammatoire peut atteindre plus gravement l'ovaire et donner alors une véritable suppuration, ce sont les ovarites suppurées. Tantôt il s'agit d'un abcès localisé unique bien limité par une coque

fibreuse, tantôt de petits abcès miliaires, disséminés dans le parenchyme, ou encore de ces formations aérolaires remplies de pus, donnant à l'ovaire l'aspect d'une véritable éponge purulente. Plus rarement il ne reste de l'ovaire qu'une coque épaisse, blanchâtre, scléreuse, formant les parois d'un énorme abcès unique où le tissu ovarien est détruit en totalité.

A vrai dire, si ces formations suppurées sont nettement localisées à une partie des annexes, il arrive souvent aussi qu'il existe d'autres foyers suppurés, particulièrement utérins, ce qui rend malgré tout cette forme d'ovarite suppurée, presque toujours d'origine puerpérale, assez grave.

b) FORMES GRAVES

Ces formes peuvent être graves, non pas seulement par l'intensité des lésions sur plusieurs organes à la fois, mais encore par la localisation de ces annexites ou par la diffusion du processus inflammatoire.

Ei si l'on se met là au point de vue ovarien, l'impossibilité de sa conservation vient non pas tant du fait de ses lésions graves, que de l'impossibilité où l'on est de séparer cet ovare à peine touché de la gangue inflammatoire qui l'entoure.

A part les cas de kystes tubo-ovariens qui constituent l'évolution ultime du foyer tubaire suppuré et qui ne sauraient permettre de retrouver et d'isoler un fragment d'ovaire conservable, on a souvent affaire à une trompe plongeant dans le Douglas; tantôt simplement épaissie, ouverte ou obturée par la

coalescence des franges du pavillon, tantôt distendue et gonflée de liquide séreux ou purulent. Ces trompes sinueuses, contournées, inégalement bosselées en cor de chasse, en cornemuse, recouvrent complètement l'ovaire immobilisé à leur contact par la réaction du péritoine.

Mais l'inflammation a non seulement agi sur les annexes, mais s'est étendue aux organes voisins en déterminant des adhérences.

Tantôt il s'agit de salpingites évoluant en plein pelvis ou encore très fréquemment du fait du poids de la trompe distendue, de salpingites basses tombées au fond du cul-de-sac de Douglas. Peu marquées au début, elles s'organisent peu à peu et se transforment en enduit épais, difficilement déchirable. Ces adhérences fixent la trompe et ses franges déjà agglutinées, contre les éléments du pelvis, au péritoine présacré, au rectum, à la face postérieure de l'utérus. Ces adhérences débordent dans les culs-de-sac et fusionnent les annexes aux parois latérales de l'excavation, à l'S iliaque à gauche, s'étendent même au paquet graisseux du grand épiploon, à une anse grêle, qui viennent ainsi recouvrir toutes ces lésions bas situées. L'utérus lui-même, souvent gros, attiré par ces processus inflammatoires éteints, bascule en arrière et vient coïncider pour ainsi dire les ovaires et les trompes dans le Douglas hypersensible, ce qui explique la fréquence de l'intensité des douleurs dans ces formes de salpingites basses.

Souvent même le péritoine pelvien s'est cloisonné, formant au contact d'un pavillon infectant, aux

abords d'un ovaire, une logette remplie de sérosité ou de pus. A ces lésions viennent parfois s'ajouter des poussées aiguës qui vont transformer le Douglas en une véritable poche purulente, qu'une colpotomie d'urgence viendra souvent évacuer. Mais par la brèche vaginale ainsi créée peuvent pénétrer quelques microbes extérieurs qui viendront encore ajouter au cours de l'intervention ultérieure aux difficultés anatomiques déjà existantes.

Lorsqu'au contraire il s'agit d'une salpingite haute dans sa forme grave, salpingite puerpérale presque toujours comme l'a montré notre Maître M. le Professeur VILLARD, dans la thèse de son élève PINATZIS, la trompe vient s'étaler au-dessus du ligament large, plaquée contre le flanc iliaque, les vaisseaux, l'uretère et les adhérences sont également là particulièrement solides. L'ovaire fait instantanément partie de ce magma, collé contre le péritoine pariétal, contre l'S iliaque, le méso-sigmoïde parfois même agglutiné à une anse grêle, l'épiploon, plus rarement l'appendice.

Mais à travers toutes ces lésions que sont devenus les ovaires? En elles leurs lésions sont souvent minimales, ils sont à peine augmentés de volume, un peu œdémateux, parsemés de quelques kystes inflammatoires beaucoup plus rarement suppurés. Mais ce minimum de lésions disparaît sous l'importance de la réaction inflammatoire de voisinage. Ce n'est qu'à grand-peine souvent qu'on les aperçoit lorsque tombés avec les trompes au fond de Douglas ils sont recouverts par tout le magma adhésif péritonéal. Dans les cas heureux on peut décoller, en sculptant aux ciseaux, le

fond utérin, une trompe et on aperçoit alors un petit amas blanchâtre bosselé sans forme qui ne semble plus tenir à rien de précis, ou plutôt qui tient à tout à la fois. On comprend donc aisément que lorsqu'on veut décoller ces annexes à la main en plongeant les doigts en crochet derrière l'utérus, on ne puisse ramener ainsi qu'un ovaire sans forme, dilacéré, déchiré, éclaté, le parenchyme largement ouvert, saignant, lésions qu'il paraît souvent impossible de réparer et qui obligent alors au sacrifice de la glande. C'est pour parer à ces lésions opératoires que notre Maître M. le Professeur VILLARD a préconisé la salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Certes, il ne s'agit pas là de l'envisager dans tous les cas de pelvipéritonite et elle ne saurait être de mise dans des cas graves de pelvipéritonite diffuse. Mais il semble que dans un assez grand nombre de cas elle puisse permettre de conserver dans la mesure du possible un fragment d'ovaire qu'une autre technique aurait laissé tellement déchiré qu'il n'aurait pu être question d'en garder quoi que ce soit.

On voit donc les variations innombrables dans les lésions anatomiques des annexes; il est certaines salpingites graves où la multiplicité et l'étendue des organes atteints font du pelvis un bloc épais, un magma méconnaissable, où, comme le dit J.-L. FAURE, « le chirurgien qui doit se reconnaître parmi ces mille sensations qui échappent à toute analyse n'a plus d'autre guide que la délicatesse de son toucher et la précision de son regard et celles-ci ne peuvent être traitées que d'une façon radicale.

Il existe certains kystes tubo-ovariens pour lesquels la bilatéralité contre-indique toute conservation. On rencontre enfin un assez grand nombre de cas où la bilatéralité des lésions existe, mais où elle prédomine nettement d'un côté, laissant un ovaire peu touché, où l'infection est restée superficielle et où seules les adhérences suffisamment lâches ou clivables vont influencer sur sa destinée. C'est là où la technique de l'ablation du foyer infectieux a une extrême importance et doit permettre de réaliser dans les meilleurs conditions anatomiques la conservation parcellaire de l'ovaire.

Restent enfin les formes légères résiduelles où là, le maximum de conservation peut être de mise et où la présence de quelques formations kystiques ovariennes obligent pour assurer une guérison anatomique et fonctionnelle meilleure à la résection même large de ces lésions infectieuses « a minima ».

Lésions de la glande dans les tumeurs bénignes de l'ovaire

Parmi les autres lésions bilatérales des ovaires permettant une conservation partielle, nous devons citer différentes tumeurs kystiques ou solides d'évolution bénigne, où le développement de la néoplasie a laissé une portion intacte de l'ovaire.

Les kystes dermoïdes ainsi que les kystes dermo-mucoïdes signalés par LEBERT en 1852, POUPINEL en

1888 sont totalement distincts du parenchyme ovarien. POTHERAT, en de nombreuses présentations à la Société de Chirurgie de Paris, a montré que macroscopiquement ces tumeurs altèrent au minimum le parenchyme ovarien et physiologiquement celui-ci peut continuer ses fonctions d'ovulation. Chirurgicalement il est possible de séparer la tumeur dermoïde du tissu ovarien, celui-ci étant souvent reconnaissable au niveau du hile, pourvu que l'on veuille le rechercher dans cette zone.

Dans les kystes mucoïdes doubles des ovaires les lésions sont en général à des stades différents; il est assez fréquent de trouver sur un ovaire des lésions kystiques plus ou moins accentuées allant de la simple dégénérescence scléro-kystique au grand kystome unique en passant par les gros ovaires kystiques, stade de début de la tumeur. C'est le développement progressif de cette tumeur d'histogénèse très discutée, qui refoule le tissu ovarien, l'amincit, l'use jusqu'à le faire disparaître, aussi doit-on au stade de début essayer de faire de la conservation. Certains auteurs étrangers et en particulier ZACHARIAS, essayèrent même en face d'un grand kyste uniloculaire de conserver une parcelle ovarienne mais là les résultats furent médiocres, la menstruation ne réapparut que temporairement.

Le fibrome de l'ovaire, tumeur rare puisqu'il ne formerait que 2 à 3 % des tumeurs ovariennes, naît en général au centre de l'ovaire, refoulant à la périphérie, le tissu glandulaire. Là encore une opération conservatrice peut être pratiquée dans le cas de lésion bilatérale.

A part ces tumeurs bénignes, les autres variétés innombrables de tumeurs de l'ovaire ne sauraient être l'objet d'un traitement conservateur. Là, en effet, le moindre doute de malignité devant l'aspect macroscopique doit faire rejeter une opération partielle et le désir de conserver à la femme une possibilité de fécondation ne saurait entrer en ligne de compte avec la crainte d'une récurrence.

Lésions de l'ovaire dans les ovarites chroniques

Reste enfin le groupe des ovarites chroniques bien différent des vraies ovarites où la nature inflammatoire est signée par la réaction de même nature des organes voisins. Certains de ces ovaires malades accompagnent les tumeurs utérines, cancer, sarcome et surtout fibro-myome et peuvent peut-être expliquer pour une part certains symptômes, en particulier les hémorragies. Signalons également quelques cas de lésions ovariennes rapportées à une infection atténuée de l'appendice, comme l'ont signalé BARNSBY, POZZI, KIRMISSON.

Mais nous avons surtout en vue ces ovaires kystiques qui constituent la seule et unique lésion; depuis longtemps HEGAR, LAWSON-TAIT, DE SINETY, MALASSEZ avaient été frappés de leur fréquence. DALCHÉ, P. PETIT, PILLIET, BULLIUS donnèrent les premières descrip-

tions précises, mais les chirurgiens se désintéressèrent de ces lésions et quelques-uns même ne semblent leur reconnaître aucun caractère pathologique. Ils peuvent en effet exister chez la femme normale et ne jamais donner aucun trouble. DE SINETY et HAUSSMANN ont décrit d'ailleurs ces ovaires kystiques chez les nouveaux-nés, ce dont déjà DEPAUL et COURTY avaient été frappés. Mais cependant on ne tarda pas à remarquer certaines relations entre divers troubles fonctionnels chez la femme et la présence de ces formations kystiques et dès lors l'ovarite scléro-kystique réunit un grand nombre de faits anatomiques disparates.

Il existe au point de vue anatomie macroscopique plusieurs grands groupes d'ovarites kystiques. Tantôt ces formations kystiques sont peu nombreuses, 3 ou 4 cavités par ovaire de volume variable pouvant aller de la taille d'un pois à la grosseur d'une mandarine. Ces kystes sont séparés par du tissu ovarien, mou, œdémateux, se déchirant facilement, tantôt au contraire le parenchyme devient dur, scléreux, blanchâtre, très dense, peu vascularisé. Le contenu de ces kystes est souvent limpide, séreux, plus ou moins coloré, mais transformé souvent par une hémorragie intra-kystique et il n'est pas rare de rencontrer des formations à contenu brun chocolat ou franchement sanglant ou encore pleines d'un liquide épais, visqueux, ressemblant à du goudron. Ces kystes hématiques peuvent d'ailleurs se rompre dans le péritoine et l'origine ovarienne de certaines hématoécèles est bien connue. Mais ce qui caractérise ces formations kystiques c'est leur présence à la périphérie de

l'ovaire, alors que la partie centrale et surtout la région avoisinante du hile en est indemne. Il s'agit soit de dilatation, de follicules de Graaf, soit de transformation kystique du corps jaune. Les kystes folliculaires sont de beaucoup les plus fréquents, les kystes du corps jaune plus rares sont reconnaissables à la couleur jaune chamois de la face interne de leur paroi. Il semble bien que dans toutes ces néoformations la sclérose du stroma ovarien puisse jouer un certain rôle, mais que la présence de ces atrésies folliculaires qui ont abouti à la dégénérescence kystique puisse difficilement être rapportée à une cause unique.

Quoiqu'il en soit, ces formations kystiques peuvent aboutir comme un véritable kyste de l'ovaire à la destruction totale du parenchyme, mais en général, elles restent isolées, ne donnant que quelques saillies claires ou hématisques à la périphérie de la glande, alors que la région hilaire en est dépourvue.

Par contre, très différent est l'ovaire *scléro-micro-kystique*. Il s'agit en effet là souvent d'ovaires présentant un aspect crétacé, blanchâtre, hypertrophié ou simplement allongé transversalement. Sa surface extérieure, ridée, est parcourue de sillons profonds qui lui donnent classiquement l'aspect cérébriforme. Mais surtout cet ovaire est criblé de petites formations kystiques minuscules, grosses comme une tête d'épingle, petits kystes folliculaires le plus souvent, qui ne sont pas électivement répartis à la périphérie de la glande, mais au contraire font comme un semis de vésicules claires en plein parenchyme.

Il existe certes entre ces deux formes anatomiques,

PLANCHE I



COUPE D'OVAIRE MICROSCOPIQUE

Cette préparation montre qu'il existe au voisinage des formations kystiques une petite zone de tissu glandulaire sain.

On voit en effet, au milieu de la préparation, un follicule ovarien presque à maturité, avec son disque prolifère; en haut et à gauche, et sur la droite, plusieurs follicules jeunes; tout en bas et à droite, kyste folliculaire pathologique de petite taille. On note encore sur cette préparation, que les lésions de sclérose sont très peu abondantes une simple bande peu dense en haut à la périphérie, le reste étant du tissu œdémateux, avec çà et là la coupe de petits capillaires.

ovaire à tout petits kystes multiples, ovaire à kystes isolés folliculaires ou lutéiniques, beaucoup d'états de transition et d'ailleurs aussi la bilatéralité des lésions va frapper d'une manière fort inégale les deux ovaires. Mais il semble bien que ces deux formes différentes anatomiquement nécessitent des thérapeutiques différentes. Les gros kystes folliculaires ou du corps jaune nettement visibles, ayant tendance à faire hernie, semblent n'être dus qu'à une entrave apportée par la péri-ovarite et l'ovarite corticale à l'évolution normale du follicule. C'est l'altération du tissu ovarien interstitiel intermédiaire aux ovules que l'on va pouvoir traiter, car dans la majorité des cas ces lésions sont circonscrites, leur présence ne peut jamais faire conclure à une dégénérescence totale de l'organe et la conservation paraît logique.

A quoi rapporter chez des jeunes filles, des jeunes femmes indemnes de toute infection, ces ovaires scléro-kystiques qui constituent l'unique lésion anatomique apparente pouvant expliquer les syndromes douloureux accusés par la malade : Lésions frappant les deux ovaires, mais de façon inégale, ovaires souvent en prolapsus avec pédicule parfois légèrement tordu. Là il n'y a sûrement pas de lésions inflammatoires à l'origine, les trompes sont absolument saines, sans aucune altération; l'utérus, peut-être, n'est pas toujours normal, en rétrodéviatiion souvent, mais on est loin de constater, comme le voulaient BOUILLY, RICHELLOT, SIREDEY, que le gros utérus est le compagnon habituel de l'ovarite scléro-kystique. Mais cet utérus gros n'est pas un utérus enflammé et, d'après RICHELLOT, il

PLANCHE II

COUPES D'OVAIRE MICRO KYSTIQUE

Fig. 1. — Coupe de deux cavités kystiques, l'une à gauche, de petit volume à contours festonnés sinueux, l'autre plus grande de limites régulières. Ces deux cavités sont vides et sont bordées par deux rangées de cellules :

La plus interne, la couche folliculaire; la plus externe, la couche des cellules thécales, sans que l'on puisse voir entre elles la membrane de Slavjanski.

Entre les deux parois kystiques, stroma lâche, délié œdémateux, avec coupe de vaisseaux les uns vides, les autres pleins de sang.

Fig. 2. — Paroi du petit kyste vu à un plus fort grossissement pour rencontrer le détail et la disposition des deux variétés. On remarque en particulier l'épaisseur de la couche thécale dont les cellules très serrées forment une zone épaisse et dense.

Fig. 3. — Paroi du gros kyste avec en dedans une zone folliculeuse mince avec quelques cellules en mitose. En dehors zone thécale beaucoup plus étroite que sur la fig. 2 avec ses cellules disposées régulièrement en palissade au voisinage un capillaire rempli de sang.

PLANCHE II

FIGURE 1

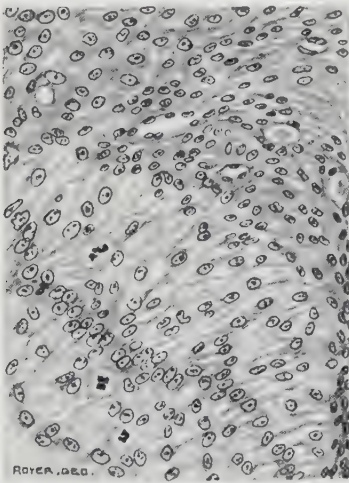
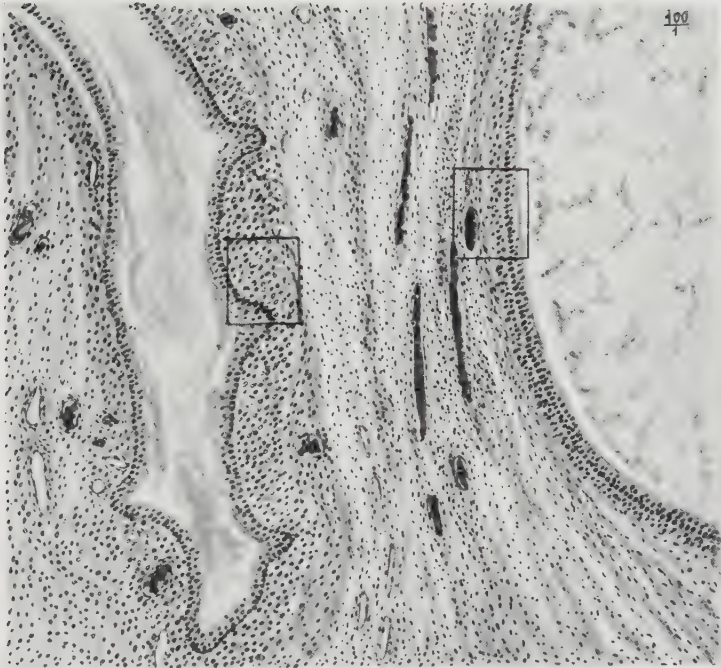


FIGURE 2

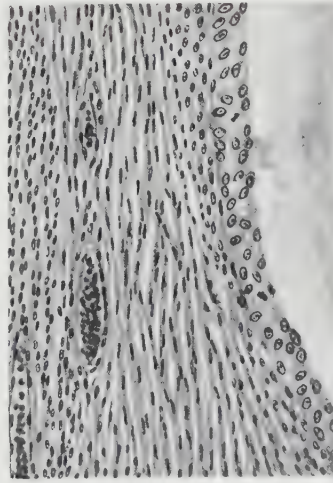


FIGURE 3

ne s'agirait que de phénomènes congestifs épaississant le parenchyme utérin sans dégénérescence et gonflant la muqueuse avec très rarement production d'endométrite glandulaire.

Dans ces ovaires à petits kystes, les modifications de structure portent sur les deux éléments essentiels de l'organe : l'appareil folliculaire et le stroma conjunctivo-vasculaire.

I) LÉSIONS DE L'APPAREIL FOLLICULAIRE

En règle générale, il y a augmentation importante du nombre des follicules en voie de croissance. Certes, il existe bien des follicules primordiaux dans la couche corticale de l'ovaire, mais parmi ces follicules en voie d'évolution, un grand nombre sera perdu pour la fonction génétique du fait de leur régression cicatricielle ou de leur évolution kystique. Pendant longtemps, on admettait que la lésion des ovaires kystiques se résumait surtout dans l'altération de quelques follicules. Mais des travaux faits par KALHDEN, FORGUE, MASSABUAU sont venus montrer que la lésion n'est pas tant cette dégénérescence kystique que la destruction des nombreux follicules en voie de maturité. Ces follicules vont en effet évoluer suivant deux formes :

L'Atrésie oblitérante;

L'Atrésie kystique.

a) *Atrésie oblitérante.* — Surtout fréquente pour les petits follicules. La cavité folliculaire se comble par hyperproduction des cellules de la thèque interne qui deviennent alors de véritables cellules sécrétantes, les

PLANCHE III

COUPES D'OVAIRE MICRO KYSTIQUE

Fig. 1. — Cavités kystiques rappelant celles de la planche II avec petit kyste festonné à gauche, gros kyste régulier à droite, séparés par un stroma très lâche, sans aucune sclérose mais au contraire œdémateux. On remarquera dans ce tissu la coupe de nombreux capillaires dont quelques-uns se rapprochent très près de la zone thécale, pouvant ainsi expliquer la genèse de l'hémorragie intra kystique.

Fig. 2. — Paroi de grand kyste montrant au dessous d'un stroma lâche sans sclérose une zone large de cellules thécales. Au-dessous sorte de limitante reste de la membrane de Slavjanski qui la sépare de la couche des cellules folliculaires dont une partie a desquamé à l'intérieur du follicule ne donnant plus qu'un amas de cellules folliculeuses autolysées.

En cartouche : détail de quelques cellules thécales les unes granuleuses, les autres claires.

PLANCHE III

FIGURE 1

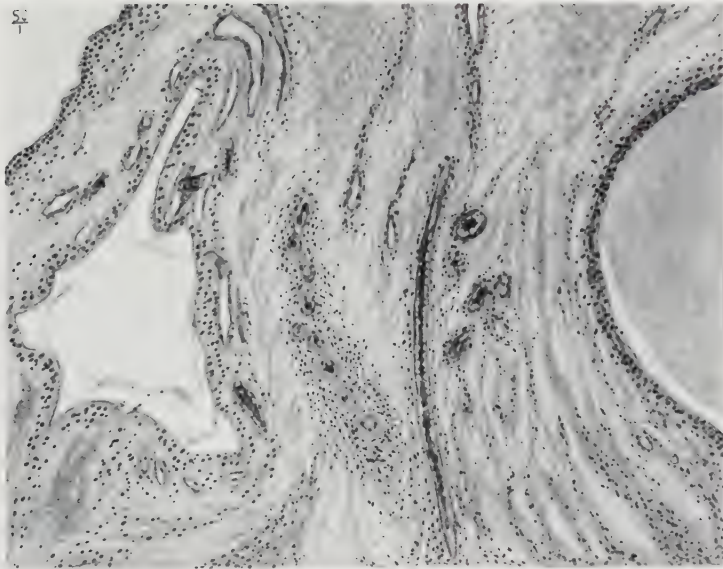


FIGURE 2

cellules *interstitielles*. Celles-ci vont alors former après disparition du follicule de petits amas sécrétants, isolés dans le stroma, visibles à l'œil nu sous forme de traînées jaunâtres et prenant l'aspect de faux corps jaunes. Mais il peut arriver que les cellules de la thèque interne tout en se développant ne puissent arriver à combler complètement ce kyste folliculaire qui renferme lui-même trop de liquide pour s'oblitérer et ce follicule en atrésie incomplète devient ce que l'on appelle un kyste lutéinique différent histologiquement du kyste du corps jaune.

b) *Atrésie kystique*. — Certains des follicules n'évoluent pas vers l'oblitération et la régression cicatricielle. Il s'agit en général de follicules volumineux. Le processus atrésique les a atteints, semble-t-il, soit à un moment trop avancé de leur évolution alors que le liquide folliculaire très abondant et sous pression ne peut se résorber, soit malgré tout à un stade jeune de leur évolution, mais le processus atrésique a marché lentement et le kyste folliculaire a pu ainsi atteindre un volume qui ne souffrira plus son oblitération.

II) LÉSIONS DU STROMA

Il semble que la lésion prédominante constatée par la majorité des anatomo-pathologistes ait été la sclérose et que la lésion ait paru tellement manifeste que l'on ait donné le nom à la maladie d'ovarite *scléro-kystique*; sclérose qui serait disséminée dans tout l'organe et paraîtrait plus marquée au niveau de

la corticale. Or, M. le Professeur agrégé MARTIN, qui a examiné des centaines d'ovarites kystiques et qui a bien voulu avec sa bienveillante sollicitude nous faire part de ses recherches à ce sujet, ce dont nous ne saurions trop le remercier, n'a jamais rencontré de sclérose autour de ces productions kystiques. Parmi les très nombreuses préparations qu'il a pu examiner et qui avaient toutes trait à des ovarites essentielles sans étiologie inflammatoire, jamais le stroma ovarien ne présentait ces travées de sclérose décrites si souvent par ailleurs. Au contraire, ce que l'on rencontre toujours c'est un état œdémateux, une infiltration embryonnaire nodulaire et il paraît évidemment manifeste que les lésions du stroma ne peuvent expliquer ces dégénérescences kystiques diffuses de l'ovaire. Par ailleurs le microscope décèle encore des lésions vasculaires avec signes d'artérite, de sclérose des parois artérielles et enfin de nouvelles recherches faites par ROUX, de Montpellier, par LHEMITTE et DUPONT, ont mis en évidence dans le pédicule des formations nerveuses anormales, vrais névromes parfois très volumineux.

De cette étude anatomo-pathologique forcément incomplète, mais qui résume les différentes lésions, peut-on conclure que l'ovaire à petits kystes est une production pathologique?

On peut évidemment trouver de petites vésicules kystiques sur des ovaires normaux et WALLART a montré que ces productions kystiques étaient la conséquence normale de l'évolution normale de quelques

follicules destinés à produire ces cellules interstitielles nécessaires à la sécrétion interne de l'organe.

Mais lorsque l'exagération de ces productions arrive à donner ces innombrables petites vésicules on peut bien dire que l'on est en présence d'un ovaire pathologique et, comme le disait Pozzi, « il peut exister des microkystes de l'ovaire qui par eux-mêmes n'ont aucune signification pathologique, mais leur multiplicité arrive à créer une véritable vulnérabilité de l'organe ».

Or, comme nous l'avons vu, ces productions kystiques ne sont que la manifestation visible macroscopique de l'évolution anormale de ces follicules, mais il existe en outre une hyperproduction des cellules interstitielles, des lésions vasculaires et nerveuses qui paraissent diffuser à toute la glande et que l'on ne peut déceler macroscopiquement. Au contraire, les ovaires kystiques qui présentent non pas ces formations minimales et diffuses, mais ces nodules kystiques séreux ou hématiques volumineux, gros comme une noisette, une prune, en nombre très restreint, semblent bien refléter une altération localisée circonscrite où le processus évolue lentement et dont l'ablation entravera vraisemblablement la propagation de proche en proche.

Y a-t-il entre ces deux sortes de lésions des liens étiologiques, peut-on trouver une cause à ces altérations bilatérales des ovaires ?

La congestion pelvienne, théorie bien exposée dans la thèse de CONZETTE, le tempérament neuro-arthritique avec ses tendances à la congestion et à la sclérose

viscérale ne peuvent toujours être tenus pour responsables. Est-ce une forme atténuée de bacillose ovario-péritonéale, comme le voulaient PONCET, POLLOSSON et VIOLET, comme le défend Mme ERNY dans sa thèse, et qui justifierait presque toujours une intervention où la mise à l'air des lésions serait un gros facteur de guérison? Est-ce enfin une lésion du sympathique, comme le pensaient déjà PONCET, JABOULAY? Est-ce enfin un vice de fonctionnement, une dysovarie, une déviation dans l'évolution anatomo-physiologique, des processus ovulaires, ce ne sont là que des mots sans base anatomique précise. Il faut bien admettre en effet que l'altération microkystique des ovaires joue un rôle infime dans la genèse des douleurs pelviennes. Combien d'ovaires scléro-kystiques de toutes variétés, découverts à la laparotomie n'ont jamais été douloureux? Si la lésion ovarienne était toujours en cause, sa suppression devrait amener la rétrocession de ces symptômes. Il existe certainement en réalité des causes très nombreuses de névralgies pelviennes, génitales, vésicales, dont l'origine paraît douteuse. Devant leur persistance, une intervention espère pouvoir en venir à bout, on trouve à l'intervention des ovaires scléro-kystiques, il n'y a qu'un pas à franchir pour conclure de la lésion à l'effet. Nous ne voulons pas dire par là que la conservation parcellaire dans l'ovaire scléro-kystique soit contre-indiquée, mais que par cette intervention, pas plus que par d'autres, soit nerveuses, soit sur l'arbre génital, on ne peut être sûr d'amener une guérison.

On le voit donc, il y a là encore bien des inconnues et l'absence de cause évidente pour expliquer de telles lésions chez des jeunes filles ou femmes indemnes de toute contamination septique, empêche une thérapeutique raisonnée, s'appuyant sur des bases anatomo-physiologiques nettes. Et c'est seulement l'expérience basée sur des résultats revus de près, pour des lésions bien étudiées, qui permet jusqu'à présent de conclure avec l'espoir que quelque chose de plus précis viendra peut-être nous éclairer sur la manière de traiter ces lésions si polymorphes de l'ovaire.

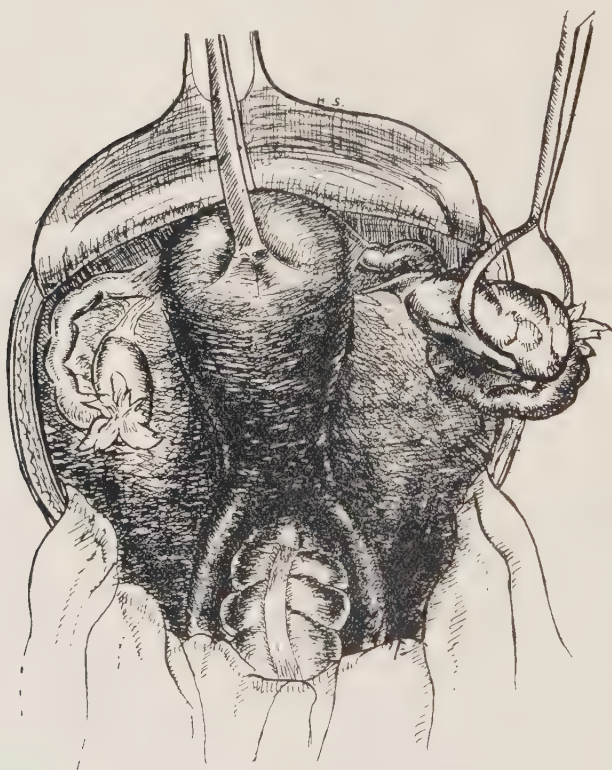
De cette étude sur les altérations de l'ovaire dans les affections génitales, on voit donc que dans beaucoup de cas la conservation d'une parcelle d'ovaire peut être réalisée, malgré la multiplicité des lésions leur extension déjà importante. Mais comme nous l'avons vu au point de vue physiologique, la conservation ne doit être acceptée que si l'on peut garder au minimum la corrélation utéro-ovarienne, sinon cette conservation paraît illusoire et même dangereuse.

CHAPITRE IV

Technique de la conservation ovarienne parcellaire dans les lésions bilatérales des annexes

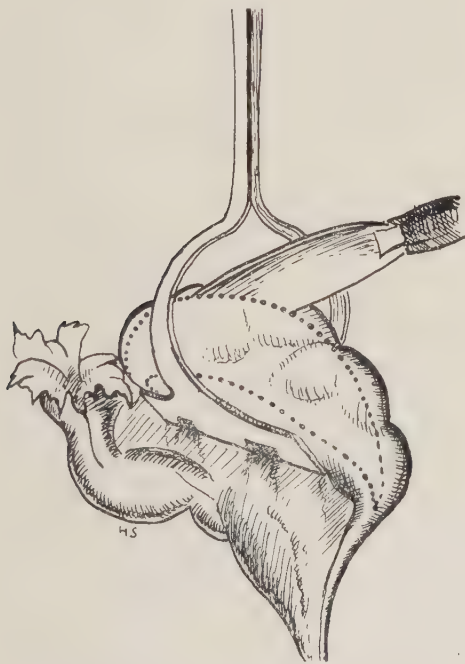
La conservation ovarienne parcellaire ne diffère en rien, dans certains cas, de la simple résection ovarienne préconisée en France par Pozzi à la suite des travaux de MARTIN, en Allemagne. Lorsque, par exemple, on est en présence d'une lésion uniquement localisée à l'ovaire sans atteinte tubaire, il s'agit de garder sur le côté le moins malade une partie de tissu ovarien plus ou moins large et de la garder de telle façon qu'elle soit suffisamment vascularisée. Après extériorisation et vérification des lésions, le ligament large du côté à garder étant bien étalé par une simple traction sur le fond utérin, les deux pôles de l'ovaire étant fixés à l'aide de deux petites pinces à dents de souris de TUFFIER, on taille dans l'ovaire au moyen d'un bistouri ou de ciseaux fins deux incisions elliptiques ou

circulaires qui entament profondément le tissu ovarien en direction du hile. On résèque ainsi une large tranche ou même la presque totalité de la glande,



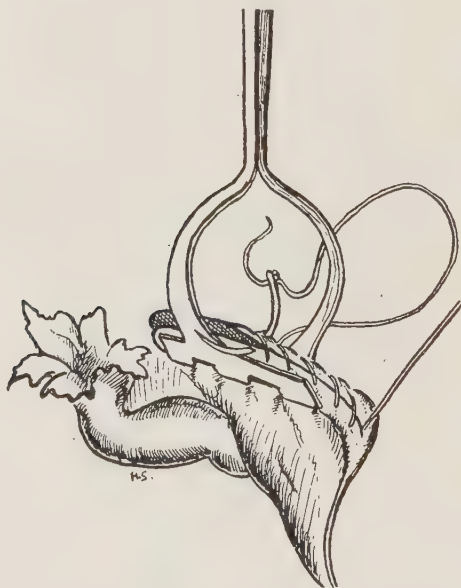
laissant en place deux valves ou une simple pastille de tissu ovarien au niveau du hile. Ces deux berges de la brèche sont alors réunies par un surjet fin, surjet simple ou mieux, comme le pratique M. le Professeur VILLARD, surjet à fils croisés assurant mieux la coaptation des deux fragments et en même temps, une hémostase plus parfaite. Il peut arriver que ces points

coupent sur la corticale, le tissu ovarien étant souvent fragile, c'est par une traction douce, mais continue, par des points pris un peu plus large que l'on parvient la plupart du temps sans ennui à la reconstitution d'un petit moignon ovarien bien suspendu au ligament large ayant gardé des connexions utérines et l'intimité de la frange tubo-ovarienne.



M. le Professeur VILLARD a l'habitude, pour ces résections de l'ovaire, de se servir d'une pince spéciale qui a l'avantage de saisir largement avec un point d'appui étendu le pédicule de l'ovaire. Cette pince qui rappelle par sa forme la pince d'Ombredanne pré-

sente des mors très excavés non munis de griffes et permet ainsi de saisir et d'extérioriser les annexes même distendues par un kyste ou une collection, qui peuvent ainsi être saisies dans l'intérieur des mors sans être écrasées. Il est facile alors en inclinant légèrement la pince, d'avoir une prise solide sur l'ovaire et de pouvoir faire la résection, la suture, sur un organe bien maintenu, ne fuyant pas sous les doigts, surtout lorsqu'il en reste un fragment minuscule.



Lorsque l'on a pu garder la trompe et un fragment ovarien, il importe de conserver au maximum les connexions tubo-ovariennes. Il faut ménager avec grand soin la frange tubo-ovarique, c'est là, nous semble-t-il, un point capital pour permettre une fécondation ultérieure.

Cette résection peut parfois être un peu atypique, c'est le cas de l'ovaire à gros kyste unique où il s'agit alors d'une véritable énucléation-résection, et il est toujours facile de trouver un plan de clivage.

Dans le cas de tumeur bénigne de l'ovaire, il faut avant tout reconnaître le fragment de tissu ovarien conservable, au pourtour du kyste ou à sa base d'implantation vers le hile. Comme nous l'avons vu au point de vue anatomique les tumeurs refoulent l'ovaire sans le détruire complètement et il sera le plus souvent facile de trouver un plan de clivage entre la tumeur et l'ovaire qui sera parfois réduit à une simple lamelle.

Pour les kystes séreux simples ROEDER propose la résection des deux tiers supérieurs de la poche. Il éverse ensuite les bords de la cavité restante en les fixant au catgut et laisse ainsi la cavité béante. Cette méthode aurait l'avantage de conserver une quantité plus importante d'ovaire, ce qui, nous le savons, ne doit pas constituer la seule préoccupation puisqu'un petit fragment peut suffire et ne saurait faire oublier qu'il faut avant tout enlever la lésion le plus complètement possible.

Pour ces grands kystes mucoïdes, ZACHARIAS publia en Allemagne plusieurs cas de conservation et il essaya même par une technique personnelle un peu différente de le faire dans les cas où les deux ovaires sont inclus dans les tumeurs, de telle sorte que le tissu ovarien en aucune place ne se laisse macroscopiquement reconnaître, c'est-à-dire ces cas dans lesquels on considère la double ovariectomie comme indiquée, la

conservation du tissu ovarien, par contre, comme impossible. Il gardait ainsi au jugé une portion, la plus voisine du hile, là où il pensait trouver la présence de tissu ovarien. Il s'agit là en vérité d'une conservation parcellaire faite à l'aveugle, basée peut-être sur la notion d'une lésion anatomo-pathologique habituelle, mais qui ne peut satisfaire. Ces interventions ne doivent être que des raretés et ne sauraient trouver des indications fréquentes.

Plus délicate est peut-être la conservation ovarienne dans les lésions annexielles suppurées. Là, en effet, en présence de grosses lésions bilatérales, la castration bilatérale semble s'imposer, pour ne plus garder au maximum que l'utérus seul. Mais il nous semble que, dans un certain nombre de cas, on peut faire plus et faire bénéficier la femme jeune de la fonctions menstruelle. Dans ces cas il est nécessaire avant toute excrèse de savoir de quel côté on peut garder l'ovaire. Tantôt ces derniers sont facilement accessibles, derrière et au-dessous des trompes plus ou moins altérées, mais en situation haute ou intermédiaire, tantôt ils sont au fond du Douglas, dissimulés sous des trompes sinueuses, adhérentes, fragiles. Il faut alors aller prudemment, lentement, décoller progressivement aux doigts ou à l'aide des ciseaux fermés, tâcher de libérer l'ovaire sans trop le déchirer. Il faut se garder de la manœuvre classique qui consiste à plonger la main dans le Douglas et à ramener dans les doigts en crochet les annexes prolabées. Cette manœuvre, si elle doit être conservée pour son élégance et sa rapidité dans certains cas de castration totale, a cependant le tort

pour les opérations conservatrices de ramener des organes déchirés, dilacérés et qui, une fois extériorisés, paraissent tellement abîmés qu'il semble imprudent de les conserver et l'on se décide, forcé soi-disant, par les lésions à la castration bilatérale.

Lorsque l'ovaire a ainsi pu être libéré, après constatation de ses lésions, adhérences avec le canal tubaire et le pavillon, formations kystiques séreuses ou hématisques, déchirures saignotantes de son parenchyme, toutes lésions qui pourront être réparées par une résection même presque complète, on peut juger quel côté conserver.

On a vu que l'on peut conserver un fragment d'ovaire, peut-on garder la trompe, trompe et ovaire du même côté, ou ovaire d'un côté, trompe du côté opposé, donnant quand même la possibilité d'une fécondation? Nous ne voulons pas revenir ici sur les lésions qui imposent la castration, mais dans les cas où l'on veut garder un fragment d'ovaire après salpingectomie du même côté, nous devons décrire une technique un peu spéciale, la salpingectomie sous-séreuse rétrograde préconisée par notre Maître M. le Professeur VILLARD et pratiquée d'une façon courante à la Clinique Gynécologique de Lyon.

Il importe en effet, si l'on veut conserver un moignon ovarien en l'absence de sa trompe, de lui garder une irrigation suffisante. Les artères de l'ovaire bien étudiées dans tous les ouvrages classiques et les recherches de WEBER et BROCKAERT peuvent présenter des types individuels assez variés, mais semblent se rapprocher d'une disposition classique assez simple.

L'irrigation artérielle de l'ovaire vient de deux troncs principaux :

La spermatique interne, pénétrant au niveau de l'angle supérieur et externe du ligament large, donne après un court trajet très flexueux trois branches terminales au niveau du pôle supérieur de l'ovaire.

La tubaire externe qui suit le bord inférieur de la trompe et donne deux ou trois rameaux atteignant le hile de l'ovaire par sa partie externe.

L'artère ovarienne pénètre dans le mésovaire pour donner cinq ou six branches à la moitié supérieure et externe de l'ovaire, les artères ovariennes longues.

Enfin l'artère dite anastomotique, qui descend sous le feuillet postérieur du ligament large en avant de l'insertion du mésovaire, ne donnant pas de branche directe à l'ovaire, mais pouvant s'anastomoser avec la précédente et surtout s'unissant à plein canal à la terminaison de l'utérine.

L'artère utérine, après la naissance de ses deux branches, tubaire interne et tubaire moyenne, se glisse sous l'ovaire en avant de son hile et se confond avec la branche anastomotique de l'artère spermatique et donne là un groupe très important de rameaux, six ou huit en général, les rameaux ovariens courts, qui vont irriguer ainsi surtout la moitié interne de l'ovaire.

Ce point anastomotique entre utérine et ovarienne est très discuté, se faisant plus ou moins loin de l'ovaire et donnant par là la prépondérance tantôt à l'utérine, tantôt à l'ovarienne.

Il semble cependant, d'après les constatations anatomiques que nous avons pu faire que l'irrigation

ovarienne vient surtout de l'utérine, dont la branche ovarienne est beaucoup plus volumineuse que le tronc de l'ovarienne proprement dite.

Lorsque l'on pratique une salpingectomie simple avec conservation de l'ovaire, il est en général facile de placer une pince au-dessous de la trompe qui atteint le bord libre du ligament large entre le pavillon de la trompe et le pôle supéro-externe de l'ovaire, en prenant la frange tubo-ovarique. Dans ces conditions, on est ainsi loin de la division des branches de l'utéro-ovarienne et on ne risque pas de léser les branches ovariennes.

Mais lorsque l'on a affaire à une trompe distendue, par une collection, trompe qui on le sait, peut venir se recourber en arrière plus ou moins pour englober l'ovaire, lorsque l'on a affaire à ces vieilles salpingites adhérentes où trompe et ovaire sont agglomérés, accolés par la réaction inflammatoire péritonéale, il peut ne plus en être de même. C'est qu'en effet, malgré la séparation poussée à l'extrême des deux organes, mais souvent insuffisante par crainte de l'ouverture de la cavité tubaire, on est parfois obligé de mettre la pince assez bas sur le ligament large et, dans ce cas, la ligature pourra intéresser l'utéro-ovarienne elle-même ou ses branches de division. Cela n'a peut-être pas toujours une grosse importance du fait des anastomoses utéro-ovariennes et encore ces dernières seront-elles toujours fonctionnellement parfaites, malgré le peu d'ovaire que l'on va leur laisser à irriguer?

De plus, au moment de la période menstruelle, la cogestion si active dans tous les organes pelviens ne

va-t-elle pas laisser dans le fragment ovarien restant une stase sanguine prolongée, par déficience de l'écoulement veineux oblitéré par une ligature. Ces troubles vasculaires peuvent peut-être expliquer les petits accidents éloignés que l'on rencontre parfois après la résection de l'ovaire, par exemple l'apparition de ces ovaires gros et sensibles perçus au moment et après les périodes menstruelles, ces dégénérescences kystiques secondaires, ces épanchements séro-hématiques pelviens tardifs. Ce trouble vasculaire nous semble devoir jouer un rôle considérable beaucoup plus important que le processus inflammatoire résiduel, admis par beaucoup, pour expliquer de tels phénomènes et doit être évité par une technique rigoureuse.

C'est justement ce à quoi tend la salpingectomie rétrograde sous-séreuse, défendue par M. le Professeur VILLARD. Sa technique en est facile et d'une remarquable simplicité. Une entaille cunéiforme de la corne utérine libère tout d'abord la portion interstitielle de la trompe; celle-ci est amarrée avec une petite pince de Museux et relevée en haut. Une ligature est placée sur la terminaison de l'artère de la corne. Deux incisions parallèles et uniquement péritonéales sont conduites sur les bords antérieurs et postérieurs du canal tubaire jusqu'à hauteur de la portion ampullaire et par un décollement prudent la trompe est progressivement libérée du bord supérieur du ligament large. Ce décollement se poursuit vers l'extrémité libre en sectionnant de plus en plus les deux feuillets péritonéaux et en pinçant deux ou trois petites artérioles venues de la tubaire externe. Cette libération est beau-

coup plus facile qu'on ne le croirait et se termine *sans que l'on ait à pincer un pédicule vasculaire*, par l'étirement des attaches ovariennes à la trompe. Après ligature des petits vaisseaux tubaires, il est extrêmement facile de reconstituer le bord supérieur du ligament large. Un point en U au catgut ferme la brèche utérine. Cette libération rétrograde *n'oblige à aucune ligature des vaisseaux ovariens*, ceux-ci restant nettement au-dessous et parfaitement indemnes.

Cette salpingectomie rétrograde sous-séreuse, outre cet intérêt capital de préserver au maximum l'irrigation de l'ovaire que l'on veut conserver, permet encore la possibilité de cette conservation. Dans certains cas difficiles, où la trompe plonge dans le Douglas, on peut ainsi en partant du fond utérin, étaler les lésions, les faire monter de plus en plus sans aucun dégât important pour l'ovaire. Cette application à la trompe, du procédé de section première, offre les mêmes avantages que l'hémisection utérine de J.-L. FAÛRE ou encore que l'appendicectomie par section première de l'appendice, procédé utilisé surtout dans les cas difficiles, en particulier dans les lésions appendiculaires rétro-cœcales.

La trompe ainsi enlevée, l'ovaire restant seul, on en pratique la résection classique en ayant soin de vérifier si le petit moignon restant demeure bien fixé, et au besoin, de le soutenir par quelques points de catgut au ligament large ou sur la corne utérine au voisinage de l'inflammation du ligament utéro-ovarien. Il faut en plus laisser un ovaire dont l'hémostase a été très complète, hémostase suffisante dans

la plupart des cas par le surjet d'affrontement au catgut, complétée si besoin est par quelques ligatures isolées.

A côté de cette salpingectomie double avec résection partielle de l'ovaire restant, l'intervention sur les trompes peut être complétée par la résection du fond utérin réalisant l'hystérectomie fundique, dont la technique proposée par BEUTTNER, propagée en France par LECÈNE et en Angleterre par BLAIR BELL, a séduit beaucoup de chirurgiens. Là encore la conservation de l'ovaire est le point capital, conservation que l'on peut pousser à l'extrême par le maintien d'un tout petit bout glandulaire.

Le souci de la vascularisation ovarienne doit là encore, plus qu'e dans la double salpingectomie, être capital. Si en effet on pratique une résection cunéiforme emportant largement tout le fond utérin, y compris l'insertion des ligaments ronds, mais en laissant intact un segment utérin d'au moins 3 cm. au-dessus de l'isthme, la ligature relativement basse des deux utérines pourra porter au-dessous des branches ovariennes, c'est donc uniquement par le pédicule externe que la vascularisation de l'ovaire pourra se faire, c'est donc dire toute l'importance de son intégrité. Nous verrons d'ailleurs au chapitre des indications ce qu'il faut penser de l'hystérectomie fundique.

La résection de l'ovaire peut être enfin un temps indispensable, non seulement pour les lésions qu'il présente, mais encore pour la technique elle-même. Nous voulons parler des greffes ovariennes.

Qu'il s'agisse de greffe d'ovaire libre, qu'il s'agisse

de transposition ovarienne distante, épiploïque, musculaire, sous-péritonéale ou intra-utérine, le premier temps consiste dans la résection ovarienne.

Dans les deux méthodes les plus usuelles de transplantation la greffe ne porte que sur un fragment d'ovaire.

La méthode de TUFFIER consiste à transplanter un fragment d'ovaire, la moitié ou le tiers, dans la cavité utérine, en le fixant à la muqueuse et au muscle après incision transversale du fond utérin ou de la corne. Ce fragment d'ovaire est ensuite recouvert par la suture du muscle utérin et de la séreuse.

ESTES, lui, applique par suture la face cruentée de l'ovaire, dont il a réséqué $1/4$ à $7/8$ du côté opposé à son méso sur la surface de section de la corne utérine, section centrée, par l'origine tubaire. Péritonisation de la ligne de suture ovaro-utérine à l'aide du ligament rond. Dans ces deux cas, différents par l'insertion, l'une interstitielle intra-murale, l'autre en surface sur la région angulaire utérine, il y a toujours le temps préparatoire de résection ovarienne, nécessité par le trop gros volume de l'ovaire qui ne peut être incarcéré tel quel dans la cavité utérine.

Nous voyons donc combien sont nombreux les cas d'annexites chroniques où la résection ovarienne peut et doit être pratiquée, résection qui peut être poussée à l'extrême et permet ainsi de conserver à la femme la possibilité d'une fécondation et en tous cas la menstruation.

Naturellement, dans tous les cas que nous avons envisagés, il s'agit de lésions bilatérales nettes, les

seules pour lesquelles on puisse parler vraiment de conservation, et si nous avons uniquement parlé de la résection portant sur un seul ovaire, c'est que l'autre côté atteint de lésions graves nécessitait une excision.

Il ne s'agit donc pas à proprement parler de résection partielle des ovaires, mais de la conservation d'une parcelle d'ovaire, l'autre ayant dû être supprimé en totalité.

Par contre, la conservation de l'ovaire sans utérus nous paraît difficilement et inutilement réalisable. Lorsqu'en effet, au cours d'infections annexielles, on s'est décidé à l'hystérectomie subtotal ou totale, laisser ainsi cet ovaire mal fixé, mal nourri, dans un pelvis enflammé, gênant pour la péritonisation ou à son défaut pour le drainage, paraît bien aléatoire; quand les lésions sont à ce point, il est souvent difficile de trouver une quantité d'ovaire sain suffisante et, dans ces cas, avec l'utérus seul, les troubles de la ménopause sont souvent réduits au minimum, et comme le dit M. le Professeur VILLARD, « l'utérus et l'endomètre jouent au point de vue endocrinien un rôle peut-être plus important que l'ovaire seul » et dans la conservation maxima des fonctions endocriniennes on a avec la conservation de l'utérus seul le minimum de troubles de la ménopause chirurgicale et cette conservation est très supérieure à celle de l'ovaire seul.

Nous voyons donc que, pour avoir le bénéfice de la conservation parcellaire d'un ovaire, il faut garder en même temps la fonction utérine.

A côté de ces cas de résection ovarienne prévue possible, dès l'ouverture du ventre, il peut arriver que cette conservation parcellaire soit imposée par une trouvaille opératoire. C'est le cas du gros kyste séreux de l'ovaire, diagnostiqué clinique, qui dissimule une formation analogue mais plus petite, sur l'ovaire opposé. Ce n'est que lorsque la grosse tumeur a été extirpée que l'on en découvre une seconde à un stade de début de l'autre côté. Le jeune âge de la malade, les caractères extérieurs de bénignité du kyste, imposent l'idée d'une conservation, il faut alors sur l'unique ovaire restant essayer de garder une zone saine.

Pour cela, il faut examiner la tumeur sur toutes ses faces, de préférence près de son insertion au ligament large, étaler le feuillet postérieur péritonéal, écarter la trompe et on reconnaît souvent un petit amas mince ou un peu bosselé, tranchant un peu sur l'aspect plus lisse de la tumeur.

Parfois cet examen est plus délicat, c'est le cas du type dermoïde, il se peut même que la nature exacte de la tumeur ne soit pas reconnue immédiatement, on peut la confondre avec une véritable tumeur de l'ovaire, une lésion bacillaire caséuse. Mais là encore il est possible rapidement d'en préciser la nature, soit guidé déjà par l'interrogatoire clinique, soit au besoin par la ponction du kyste, soit encore par l'ouverture immédiate de la pièce après ablation de la tumeur la plus volumineuse. Les kystes dermoïdes restent longtemps de petit volume et d'un côté on aura souvent la chance d'avoir affaire à un stade peu avancé la

petite noix ou la prune faisant saillie hors de l'ovaire. Parfois cependant il peut s'agir de kystes plus développés où la tumeur refoule l'ovaire et l'étale comme un organe aplati, blanchâtre, effilé et sur lequel enfin on peut apercevoir très nettement la présence d'un corps jaune.

Classiquement, le fibrome de l'ovaire est une tumeur plus diffuse et, d'après les pièces enlevées, les observations présentées, il semblerait que l'on ne puisse reconnaître la glande saine de la tumeur. Pourtant, dans deux cas, il nous a été possible de garder une portion d'ovaire normal et cette portion existait bien fonctionnellement, puisque les femmes étaient réglées. Dans ces cas, il semble qu'il faille réserver presque complètement l'ovaire en passant au ras de son hile, mais en gardant délibérément ce minuscule fragment qui, la plupart du temps, assurera d'une façon satisfaisante la fonction ovarienne, sans que l'on ait de crainte à avoir sur la récurrence de cette tumeur bénigne.

Cette conservation parcellaire doit être une intervention faite avec beaucoup de soins et de minutie. Ce n'est pas de la chirurgie rapide, brillante, mais au contraire précise, lente, strictement limitée aux lésions. Il faut que le fragment d'ovaire puisse vivre bien irrigué. Il faut que son hémotase soit parfaite, sinon on s'expose, exceptionnellement, à une véritable hémorragie interne, plus souvent à de petits suintements hémorragiques pelviens pouvant produire ultérieurement dans le Douglas de nouveaux processus inflammatoires avec réapparition des douleurs et dé-

générescence secondaire de l'ovaire réséqué. Il faut, d'autre part, que cette intervention soit faite aussi aseptiquement que possible, il faut au maximum éviter l'ouverture de foyers purulents dans le bassin, ne pas ouvrir les trompes distendues et c'est dans ce but que l'on peut pratiquer facilement la salpingectomie rétrograde sous-séreuse et qu'à la clinique gynécologique on pratique l'aspiration immédiate de tous les foyers séreux ou séro-purulents enkystés au voisinage des trompes. La contamination étant réduite ainsi au minimum, l'assèchement rigoureux, l'écouvillonnage à l'éther du cul-de-sac postérieur et vésico-utérin permettent ainsi de terminer l'intervention sans aucun drainage et tous nos cas de pyosalpinx ou d'hydrosalpinx gonococciques ou puerpéraux n'ont jamais été suivis d'aucun drainage ni abdominal ni vaginal. Aucune complication infectieuse locale ne s'est produite, jamais nous n'avons eu la moindre réaction péritonéale, ni aucun de ces épanchements secondaires du Douglas qui nécessitent une ponction ou une colpotomie.

Il est possible que dans certains cas graves un drainage abdominal par Mickulicz puisse être nécessaire en présence d'un pelvis déperitonisé, suintant dans le fond, en présence d'une plaie de l'S iliaque dont la suture ne paraît pas suffisamment étanche. Pour quelques chirurgiens, la crainte de supprimer tout drainage conduit à la castration totale. On veut fermer le ventre, on draine par le vagin, on péritonise par dessus. Mais en pratique, dans la chirurgie gynécologique, le drainage abdominal doit être exceptionnel et,

d'après les rapports de MM. CADENAT et PATEL, au Congrès de Chirurgie de Paris, d'après les communications de nombreux chirurgiens, il ne saurait être appliqué aux cas de suppurations pelviennes anciennes opérées à froid, peu virulentes, pour lesquelles l'opération s'est déroulée d'une façon satisfaisante avec protection parfaite du grand péritoine. Seuls les cas de suppuration élevée dépassant l'étage supérieur du mésocolon pelvien nécessiteraient, d'après M. le Professeur VILLARD, un Mickulicz abdominal, barrière protectrice nécessaire.

Naturellement, toutes ces interventions se font par voie abdominale, après incision médiane sous-ombilicale ou transversale de Pfannenstiel, à la demande des lésions. Ces interventions sur l'ovaire ont été souvent complétées dans les cas de lésions non inflammatoires par une appendicectomie et surtout fréquemment par une fixation utérine ligamentaire, type DOLÉRIS, PELLANDA, DUDELEY ou VILLIE. Cette fixation ayant pour but non seulement de traiter la rétroposition de l'utérus, mais encore et surtout de bien suspendre l'ovaire et d'en éviter ainsi son prolapsus pelvien toujours douloureux.

CHAPITRE V

Indications de la conservation parcellaire de l'ovaire

Les indications de la conservation parcellaire de l'ovaire dépendent, comme toute la chirurgie conservatrice gynécologique, des facteurs importants fournis par l'âge, l'état général, les conditions sociales et enfin la nature et l'extension des lésions. Les considérations apportées par l'état du sujet en dehors de toute indication, fournie par l'étendue des désordres anatomiques, nous paraît jouer un rôle suffisamment important pour que nous devions l'étudier dans un chapitre spécial.

Quant aux indications fournies par l'état des lésions elles varient elles-mêmes beaucoup, suivant les tendances chirurgicales de chacun, elles varient beaucoup suivant la façon d'apprécier et d'examiner de telles lésions, elles ont enfin subi l'influence heureuse de l'évolution chirurgicale qui a conduit, comme le disait WALTHER, à « enlever ce qui est mauvais, conserver ce qui est bon ». Mais il est des cas où le dif-

ficile est justement de discerner ce qui est bon ou mauvais dans un organe aussi dissemblable et polymorphe qu'un ovaire. Il existe pourtant à l'heure actuelle un certain nombre de lésions ovariennes où l'on peut poser avec précision la conduite à tenir et nous allons les étudier pas à pas.

I. — Indications de la conservation dans les lésions isolées des ovaires

a) *Kystes mucoïdes doubles des ovaires.* — En présence de telles tumeurs d'évolution bénigne dans la majorité des cas, lorsque sur l'un des ovaires on trouve une formation kystique au début grosse comme une noix, un œuf, alors que l'autre est plus atteint, en dégénérescence kystique complète, la conservation paraît de règle à condition que ces kystes aient leurs caractères habituels de bénignité, développement lent, sans atteinte de l'état général, et qu'à l'examen ces kystes ne présentent à leur intérieur ni végétations, ni matière colloïde suspecte.

En présence de deux ovaires ne formant plus que deux tumeurs kystiques uniloculaires, la conservation peut être tentée mais ne saurait être pratiquée par la méthode de ROEDER qui consiste, comme on l'a vu plus haut, après incision du kyste à retourner sa paroi, laissant ainsi tout l'ovaire qui reste s'il y en a, mais laissant aussi les débris de la poche en place,

origine par trop certaine de troubles ultérieurs. Pareillement doit être condamnée la technique de ZACHARIAS, qui garde au jugé près du hile un fragment de la paroi du kyste, espérant laisser ainsi une certaine portion de la glande. Et alors, dans ces cas de grands kystes doubles des ovaires à contenu clair, de teinte bleutée classique, si l'on ne peut découvrir à la vue une zone nette de tissu ovarien sain, il faudra se résoudre à la castration bilatérale, mais laisser l'utérus seul en place, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme au voisinage de la ménopause ou encore de lésions concomitantes sur l'utérus imposant son exérèse.

Et pourtant, la conservation de l'ovaire pour les kystes séreux, simples, n'est pas admise par tous, non seulement la conservation lorsque les deux ovaires sont malades, mais encore la conservation lorsque l'un des ovaires est sain.

SILHOL, en 1913, puis récemment LAPEYRE, dans « Gynécologie Obstétrique », conseillaient l'ablation systématique de l'ovaire apparemment sain, par crainte non seulement d'une récurrence, mais d'une dégénérescence maligne du côté conservé. LAPEYRE s'exprime en ces termes : « En présence d'un kyste de l'ovaire bénin, l'ovaire opposé étant sain en apparence, ne le conserver que dans les cas où il y a intérêt strict à le faire, jeune fille, jeune femme sans enfant et désirant en avoir. Dans les autres cas, où la fonction ovarienne n'est pas indispensable, où la fécondation est inespérée par suite de l'oblitération de la trompe du côté opposé ou chez une vieille fille ou aux environs

de la ménopause et surtout après elle, ne pas exposer la malade à la possibilité d'une dégénérescence de l'autre ovaire, d'autant plus que cette dégénérescence a de fortes chances de présenter des caractères de malignité. »

Plus récemment, le Professeur VANVERTS a étudié dans la thèse d'un de ses élèves, R. DUMAS, la récurrence possible du kyste dans l'ovaire laissé en place et n'en a trouvé aucun cas dans les kystes uni ou pauciloculaires.

Il semble donc que dans les kystes *séreux simples bilatéraux* des ovaires, la conservation s'impose dans la mesure du possible, sous réserve naturellement de toutes les conditions d'ordre général.

Si au contraire on est en présence de tumeurs de bénignité douteuse, c'est-à-dire d'un côté un kyste volumineux ayant fait disparaître l'ovaire sous une masse multiloculaire et colloïde, tels en un mot ces kystes qui tantôt ne récidivent pas, tantôt aboutissent plus ou moins vite à la métastase péritonéale et épiploïque; si de l'autre côté on rencontre une petite masse kystique analogue, les chances étant en faveur de la malignité, il ne faut pas faire de conservation; de même, naturellement, il ne faut pas hésiter à castrer pour les tumeurs malignes chirurgicalement enlevables.

Certes, tous les cas ne sont pas aussi tranchés et un kyste séreux simple peut présenter sur un point de sa coque une petite zone proliférante, stade initial de végétations futures. Faut-il regretter d'avoir réséqué et de n'avoir pas enlevé l'autre ovaire qui pré-

sentait un début de kyste, non, car de ce côté, la transformation maligne n'est pas fatale et encore peut-elle l'être d'une façon très réduite.

b) *Kystes dermoïdes doubles des ovaires.* — Là il s'agit d'une lésion essentiellement bénigne qui d'autre part laisse indemne le parenchyme ovarien. De nombreux cas de conservation ont été publiés par POTHERAT, LEWY, GUÉNIOT, POLLOSSON, CONDAMIN, ALBERTIN, plus récemment ROUFFART, KEIFFER, SIMIANITOFF et enfin M. COTTE. Ces malades avaient eu souvent plusieurs grossesses antérieures et récentes, ce fait étant peut-être le meilleur argument de la chirurgie conservatrice qui là présente une indication formelle.

c) *Ovarites chroniques doubles.* — La diversité de ces lésions est telle qu'aucune classification ne peut être précisée. Le terme d'ovarite scléro-kystique paraît englober toutes les dégénérescences polykystiques des ovaires, qu'il s'agisse d'ovaires œdémateux, d'ovaires scléreux, d'ovaires présentant quelques kystes séreux ou hématiques ou enfin de l'ovaire constellé de formations kystiques minuscules du volume d'une tête d'épingle. Et pourtant il semble qu'il faille bien interpréter différemment ces lésions au point de vue indication thérapeutique et surtout étudier avec soin les symptômes accusés par ces malades. Presque toujours les troubles dysménorrhéiques sont de règle, simple douleur au début, réveillée chaque mois avant et pendant l'écoulement menstruel, mais s'exagérant peu à peu jusqu'à devenir d'une acuité intolérable. Les règles sont également souvent très modifiées, amé-

norrrhée exceptionnelle, le plus souvent ménorragies durant 8-10 jours d'un rythme également plus rapproché. Mais, d'autre part, il arrive souvent que ces malades souffrent entre leurs règles, douleurs qui prennent alors le caractère de cuisson, de brûlures irradiées dans le vagin, l'urètre, le rectum, la région sacrée, la racine des cuisses, douleurs présentant parfois des accès paroxystiques pouvant faire penser à une crise d'appendicite ou de pelvi-péritonite, douleurs exagérées par la fatigue, les rapports sexuels. Il ne s'agit plus là d'une douleur menstruelle localisée dans le pelvis, plus vive sur un ovaire, mais d'une véritable névralgie pelvienne diffuse. L'examen génital lui-même révèle des différences; dans le premier cas, la pression sur les annexes est douloureuse, l'un des ovaires paraît gros, souvent abaissé et son contact réveille une douleur aiguë, rappelant le caractère des douleurs spontanées prémenstruelles. La malade elle-même peut préciser le siège de ces douleurs qui commencent toujours du même côté et en une zone assez nette. Dans l'autre catégorie, au contraire, l'examen génital localise moins nettement les lésions. Les culs-de-sac vaginaux sont douloureux, la mobilisation utérine est pénible, de même que la pression sur les ligaments utéro-sacrés. Les annexes présentent une zone sensible, mais on ne perçoit pas nettement les ovaires et c'est surtout pour des phénomènes douloureux diffus que l'on interviendra. La difficulté au point de vue thérapeutique c'est que dans ces syndromes douloureux pelviens on trouve presque toujours des ovaires présentant à leur surface de petits

kystes et que l'on est très tenté de rattacher ces algies pelviennes à la présence de ces néoformations kystiques qui ne sont peut-être même pas pathologiques. De même on a pu trouver histologiquement de petites lésions vasculaires, nerveuses au niveau du hile de l'ovaire, mais sont-elles uniquement localisées à ce point précis de l'appareil génital?

Il semble donc qu'il faille différencier peut-être schématiquement les différents syndromes d'ovarites dites « scléro-kystiques » et que l'examen clinique doive déjà faire entrevoir la thérapeutique à suivre.

L'intervention tout d'abord ne doit être faite qu'après un essai de traitement médical varié s'adressant à la congestion pelvienne, à l'état général, au psychisme de ces malades, enfin parfois, mais sans excès au dysfonctionnement de l'ovaire. Si malgré ce traitement aucune amélioration sérieuse ne survient, si la vie de ces malades est empoisonnée par le spectre des prochaines règles, il faut faire la laparotomie exploratrice.

En présence d'ovaires œdémateux simples, d'ovaires scléreux, ratatinés, blanchâtres, atrophiés, il faut faire une castration de l'ovaire le plus douloureux, réséquer l'autre largement.

Même ligne de conduite à suivre en présence de deux ovaires en dégénérescence *macrokystique* où ces productions kystiques séreuses ou hématisées de la grosseur d'une noisette, d'une noix, d'une pomme, sont d'origine folliculaire, ou développées sur un corps jaune. Il faut du côté conservé dépasser largement les lésions, faire une résection étendue, mais il est bien

évident que l'ovariectomie unilatérale faite de l'autre côté ne sera pratiquée que si cet ovaire, en plus de l'élément douleur, présente une dégénérescence très étendue ne permettant qu'à l'extrême rigueur une opération conservatrice. Dans ce cas, si l'on hésite il vaut mieux le sacrifier. Ce sont d'ailleurs ces kystes folliculaires ou du corps jaune qui donnent, comme le disait ANSPACH, les cas les plus favorables pour la résection.

Par contre, dans l'ovaire microkystique diffus, la résection ovarienne n'est pas formellement indiquée. Si l'on a affaire à une dysménorrhée à type névralgique pelvienne, diffuse, malgré la présence de ces petits kystes sur l'ovaire, la seule résection ovarienne paraît souvent inefficace et les interventions sur le sympathique pelvien hypogastrique, comme le faisaient JABOULAY, LERICHE et surtout sur le nerf pré-sacré, comme les pratique M. COTTE, paraissent devoir donner des améliorations nettes et durables. Mais si l'on fait en plus une intervention ovarienne, il faut la faire large, ne laisser qu'une faible partie de la glande $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$ seulement; comme nous l'avons vu, en effet, au chapitre anatomo-pathologique, les lésions de l'ovaire bien que diffuses atteignent en général moins profondément la région du hile qui reste souvent assez indemne pour qu'on puisse la respecter.

En tout cas, la castration totale, l'hystérectomie d'emblée telle que la préconisent FORGUE et MASSABEAU dans leur Traité, est véritablement trop mutilante chez une femme jeune; elle n'est point elle-même d'ailleurs une garantie contre le retour de ces

névralgies pelviennes et ne saurait être envisagée que lorsque existent d'autres lésions utérines importantes.

De même l'ignipuncture des ovaires préconisée en France par Pozzi est actuellement bien délaissée. Pozzi lui-même ne disait-il pas : « L'ignipuncture de l'ovaire m'a donné un si grand nombre de mécomptes que j'y ai presque complètement renoncé aujourd'hui. » Si la lésion kystique est circonscrite il vaut mieux l'enlever par résection, et si elle a envahi tout l'organe, l'ignipuncture est impuissante à y porter remède. Sans parler des hémorragies secondaires, des poussées inflammatoires à la suite de la cautérisation, l'ignipuncture amène presque toujours la formation d'un bloc de tissu cicatriciel et peut ainsi aggraver l'état persistant de la glande. WALTHER, cependant, en est un chaud partisan pour l'ovarite scléro-kystique et la recommande parce que plus facile et aussi sûre, dit-il, que la résection.

Quelques chirurgiens américains condamnent plus catégoriquement la résection dans l'ovarite scléro-kystique.

Pour FRANK, c'est une opération parfaitement inutile, car elle ne s'adresse pas à la cause et la récurrence est fatale. Mc GLINN estime que la résection ne fait qu'ajouter aux lésions de l'ovaire et qu'il faut lutter surtout contre la stase veineuse de l'organe par une bonne fixation utérine. GOLDSPOHN admet également la même pathogénie, mais croit cependant à l'efficacité de la résection ovarienne.

Il est certain, en effet, que dans le traitement de ces ovarites chroniques, la résection doit laisser un ovaire

bien suspendu, bien fixé, ne pouvant tomber dans le Douglas et qu'il y a lieu souvent de compléter par une ligamentopexie, la toilette du côlon, la section de quelques adhérences, une appendicectomie suivant les cas. Là encore la technique à suivre ne peut être systématique, il faut au contraire s'inspirer des lésions et savoir associer plusieurs gestes chirurgicaux dans l'espoir d'arriver au maximum de résultats.

II. — Indications de la conservation parcellaire de l'ovaire dans les lésions inflammatoires des annexes

Nous ne voulons pas envisager dans ce chapitre l'indication de l'intervention au cours des annexites. Qu'il nous suffise de rappeler qu'à part quelques cas d'intervention d'urgence, c'est devant l'échec d'un traitement médical, devant l'impossibilité pour une femme de condition modeste à poursuivre un traitement expectatif prolongé, devant des symptômes généraux, fonctionnels persistants, devant enfin des signes objectifs précis, que l'on intervient. Le plus souvent aussi, c'est devant une lésion refroidie, une lésion résiduelle, ce qui ne veut pas dire qu'il ne s'agisse pas d'une lésion suppurée, que l'on a à poser l'indication opératoire.

Dans certains cas déjà, par l'examen clinique, on peut espérer une conservation, par exemple les cas

de petite annexite bilatérale résiduelle adhérente, une rétroversion immobilisée par une réaction pelvienne d'origine salpingée, la constation par l'examen lipiodolé d'une trompe perméable. Mais malgré tout, ce ne sont là que probabilités, un espoir qu'il faut faire entrevoir à la malade et c'est avant tout, le ventre ouvert, en face des lésions, que le problème se pose avec le plus de difficultés; il ne s'agit plus là de probabilités, mais d'une décision à prendre. Faut-il conserver? Faut-il une opération radicale? La variété des lésions, la variété des modes de conservation sont telles qu'il ne peut y avoir de règle décisive et que chaque cas nécessite une décision particulière dans laquelle jouent par ailleurs les renseignements fournis par la malade. Toutes ces décisions demandent un grand tact chirurgical, une grande expérience personnelle, une connaissance complète de l'évolution des infections génitales chez la femme. Aussi sommes-nous très reconnaissants à notre Maître, M. le Professeur VILLARD de nous avoir fait bénéficier de ses connaissances si précises et nous sommes fiers de pouvoir montrer ici les résultats très heureux de conservation que sa maîtrise clinique et chirurgicale ont permis d'obtenir.

Conservation de la fécondation

Il est certes des cas où le maintien de la fécondation est évident, possible, l'utérus est sain, une trompe est peu lésée, elle est encore perméable, ou facilement restaurable.

Le souci de conserver la fécondation a permis même à M. le Professeur VILLARD, dans des trompes distendues soit par un pyosalpinx, soit par un hydrosalpinx, d'arriver à l'assèchement des lésions par l'aspiration tubaire telle qu'il l'a décrite au Congrès Français de Chirurgie de 1926. Dans les cas où l'on a pu garder ou restaurer une trompe, il faut absolument garder un ovaire, quitte à le réséquer largement en présence d'une dégénérescence kystique déjà importante. Conservation de la trompe et du moignon d'ovaire du même côté si possible, sinon essayer encore la conservation croisée.

La présence même d'un abcès ovarien, alors que la trompe présente des lésions peu intenses laissant intacte sa perméabilité peut encore bénéficier de la conservation. C'est le cas par exemple de certaines salpingo-ovarites puerpérales où, nous l'avons vu, la lésion ovarienne peut prendre le pas sur le processus inflammatoire tubaire. Mais là il faut agir prudemment. La résection de l'ovaire ne doit pas être faite dans l'abcès diffus de l'ovaire. Elle ne peut être tentée qu'en présence d'une collection suppurée isolée ou lorsque, après évacuation du pus par aspiration et protection soigneuse du champ opératoire, on peut réséquer largement la poche et laisser un moignon ovarien parahilaire macroscopiquement sain. LEWIS C. MORRIS, de Birmingham, avait déjà pratiqué une intervention dans ce genre, nous en publions également un cas, où le résultat fut d'ailleurs médiocre. Et pourtant il nous avait bien semblé que l'infection n'avait pas atteint le fragment conservé. Aussi faut-il être très prudent

de conservation pour ovarite suppurée, ne la pratiquer que pour un petit abcès localisé à la corticale permettant ainsi de passer très au large de la lésion, mais pour peu que l'abcès soit moins accessible, ne pas conserver, car l'on sait combien sont tenaces et rebelles les suppurations intra-ovariennes.

Conservation de la menstruation

Lorsque les lésions des trompes ont compromis d'une façon presque certaine la fonction de fécondation, nos efforts doivent essayer de conserver encore la sécrétion ovarienne et la menstruation. Et pourtant tout le monde n'est pas d'accord. C'est que, pour les uns, les troubles de ménopause post-opératoire, s'ils sont dans l'immense majorité des cas la source de quelques ennuis temporaires, n'entravent que fort exceptionnellement la vie des malades. Pourtant tout le monde admet leur existence et si peu graves soient-ils la chirurgie doit pouvoir en préserver la femme. Nous ne voulons pas décrire à nouveau dans leur pathologie et leur symptôme tous les troubles de la ménopause chirurgicale. Ils sont connus de tous, bien décrits et suffisamment étudiés. On les a peut-être exagérés, mais d'après l'expérience personnelle de M. le Professeur VILLARD, un quart à peine des malades castrées ne présente pas de malaise important et reste à peu près normal. Les $\frac{3}{4}$ au contraire présentent des malaises, dont certes l'acuité peut disparaître au fur et à mesure, mais sur ces $\frac{3}{4}$ d'entre les opérées, combien de défaillances, combien d'humiliations fa-

miliales, combien de catastrophes physiques et morales la castration totale n'a-t-elle pas sournoisement amenées.

Sans doute tout notre but se résume à conserver la menstruation, sans espoir de gestation; il nous faut donc être là plus difficile dans nos résultats immédiats et éloignés et ne pas, sous prétexte de leur garder leurs règles, laisser persister chez ces femmes l'élément douleur, qui souvent est le seul qui les amène au chirurgien. De plus, il ne faut pas que le pronostic opératoire immédiat soit aggravé et avant de conserver une menstruation possible, il faut s'assurer de la bénignité habituelle de cette technique.

La conservation utéro-ovarienne reste seule possible en présence de trompes épaissies, complètement oblitérées, au pavillon fermé, ou réduites à un cordon dur, scléreux. Parfois, en présence d'un hydrosalpinx, d'un pyosalpinx même, l'aspiration intratubaire peut permettre de les ménager, mais en face de ces grosses trompes sinueuses, recroquevillées sur elles-mêmes, recouvertes par une réaction inflammatoire péritonéale épaisse, en face de ces kystes tubo-ovariques, il faut souvent sacrifier les deux côtés. Les adhérences elles aussi souvent forcent la main pour une exérèse, car s'il s'agit de lésion qu'il faut sculpter aux ciseaux, la trompe, qui est un organe fragile, se déchire facilement et devient rapidement inutilisable.

Il ne faut donc plus envisager que la conservation de la menstruation. Mais encore doit-on pour cela pouvoir libérer l'ovaire non seulement des parois du bassin, mais encore des replis et coudes tubaires qui l'enserrent.

Pour cela, comme nous l'avons dit, il faut d'abord se débarrasser des annexes que l'on doit enlever en totalité. On peut ainsi faire basculer l'utérus, extérioriser plus facilement l'autre côté et séparer la trompe de l'ovaire par une salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Si l'ovaire présente seulement quelques kystes, il est facile à restaurer. S'il apparaît déchiré par la libération des adhérences, une résection large, une hémostase suffisante en feront un moignon bien fixé, bien utilisable. Il paraît au contraire plus périlleux de garder un ovaire qui, à la suite de libération difficile, ou d'une salpingectomie atypique, paraîtrait mal irrigué, mal suspendu. Dans une de nos observations par exemple on a gardé un petit fragment d'ovaire dans un méso lié. Les règles réapparurent très irrégulièrement, avec des périodes d'aménorrhée franche, et ce résultat médiocre tient sans doute d'une vascularisation insuffisante de la glande, ne permettant pas son fonctionnement normal.

Se rapprochent de cet exemple, les cas où l'on pourrait, après castration unilatérale, faire tout au plus une deuxième salpingectomie passant au ras de l'insertion ovarienne et garder ainsi en tout cas l'utérus et peut-être un fragment d'ovaire qui pourra suffire. Là aussi le résultat cherché est bien aléatoire et cette méthode ne peut être admise que comme une exception. C'est le cas enfin d'une conservation parcellaire de l'ovaire involontaire, et la persistance de débris ovariens fusionnés au fond du Douglas semble donner plus d'ennuis que d'avantages.

Restent enfin les formes d'annexites bilatérales

graves avec pelvipéritonite intense, adhésives simples ou suppurées. Le clivage des organes est impossible. Les adhérences avec l'intestin obligent, pour ménager l'anse, à cliver souvent aux dépens des annexes. Les ciseaux taillent à l'aveugle, ouvrant la trompe, l'ovaire laissant ainsi une masse informe où il peut y avoir des débris salpingés, mais surtout d'ovaire. Dans ces cas, il n'y a pas d'hésitation. Pour faire une opération rapide, dont dépend peut-être la vie de la malade, pour placer un drainage nécessité par une dépéritonisation étendue, une incertitude sur la valeur d'une anse, l'hystérectomie sera là la seule ressource, la conservation de l'utérus seul étant rarement de mise dans ces formes si diffuses.

L'étiologie des annexites est d'ailleurs aussi à envisager, comme indication opératoire. Le gonocoque lèse les trompes petit à petit et, après fermeture du pavillon, aboutit souvent à ces grosses trompes distendues, bas situées, mais qui adhèrent relativement peu. L'infection puerpérale au contraire atteint souvent d'une façon très intense au début annexes et péritoine, mais si cette flambée dure peu, elle laisse souvent des reliquats sérieux. C'est là que l'ovaire peut être lésé isolément par une suppuration parenchymateuse et il faut être là sobre de conservation et ne laisser qu'une portion de l'ovaire si celle-ci est incontestablement et sans discussion saine.

Signalons enfin les cas où la laparotomie a été précédée d'une colpotomie pour abcès du Douglas. Malgré l'intervalle des deux temps opératoires, malgré l'atténuation manifeste des lésions, après l'ouverture

vaginale de la collection, la colpotomie amène souvent une difficulté de plus à l'intervention abdominale. Les annexes tiennent souvent très fort au fond du Douglas, au pourtour de l'orifice de drainage, peut-être, par apport d'une infection secondaire créée par l'ouverture du vagin. Et, dans ces cas, il vaut souvent mieux ne pas trop vouloir conserver pour ne pas disséminer une infection contre laquelle le péritoine pourtant vacciné se défendrait insuffisamment.

Mais dans toutes ces interventions où l'on pourrait conserver utérus et partie d'ovaire faut-il se contenter de la salpingectomie double seule ou au contraire y adjoindre la résection du fond utérin.

SALPINGECTOMIE DOUBLE OU HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

L'hystérectomie fundique de BEUTTNER, modifiée dans sa technique par LECÈNE, a suscité de nombreux débats tant pour ses avantages que pour ses inconvénients. Le Congrès Français de Chirurgie de 1926 a permis à MM. DE ROUVILLE et MOCQUOT d'en étudier les indications et d'en montrer les possibilités. De nombreux chirurgiens sont venus apporter leur contribution personnelle à ce sujet, mais malgré tout, dans l'ensemble, l'hystérectomie fundique ne sembla pas avoir conquis tous les suffrages.

Plus récemment, à la Société de Chirurgie de Lyon, MM. ROCHET et VILLARD sont venus apporter des faits personnels. L'hystérectomie fundique, dit-on, a essentiellement pour but de ménager la menstruation, elle assure de manière satisfaisante la réduction de

la rétroversion utérine, elle permet enfin la régression des lésions d'endométrite qui seraient localisées électivement au niveau du fond utérin.

Pourtant, la lésion inflammatoire la plus manifeste, la plus persistante siège évidemment sur les trompes. La métrite a bien pu être le point de départ de la salpingite, mais c'est la trompe malade qui constitue le foyer d'où partent les lésions secondaires. Comme le disait M. le Professeur VILLARD, « la trompe infectée et le pyosalpinx constituent la source permanente d'une infection de la muqueuse utérine et plus spécialement de la muqueuse du fond et des cornes. Il se passe là un phénomène très superposable à ce que l'on observe en pathologie urinaire, où une suppuration rénale qui a pu prendre son point de départ dans la vessie, entretient ultérieurement des lésions marquées de la muqueuse vésicale plus spécialement au pourtour des orifices urétéraux ». Et le fait pathologique précis, sur lequel repose l'indication de l'hystérectomie fundique, à savoir le maximum des lésions de métrite sur le fond utérin, pourrait bien s'expliquer parce que c'est là que débouchent les produits infectieux venus des trompes. Que l'on supprime celles-ci et les altérations guériront au niveau du fond aussi bien que dans le corps ou sur le col.

Du reste, après salpingectomie double, aucune lésion importante métritique n'a persisté et l'on n'est jamais amené en pratique à faire une hystérectomie secondaire pour une lésion purement inflammatoire durable de l'utérus, alors que les interventions secondaires que l'on a pu faire l'ont presque toujours été pour

une dégénérescence de l'ovaire conservé. Ces troubles du côté de l'ovaire restant viennent probablement, comme le dit ROCHET, de ce que la vascularisation ovarienne a été troublée par des ligatures intempestives. Or, dans la technique de l'hystérectomie, surtout dans celle de BEUTNER, la ligature primitive de la terminaison des deux utérines risque d'intéresser le coude de l'artère tubaire et les nombreux vaisseaux que l'utérine envoie à l'ovaire. La salpingectomie, au contraire, et surtout la salpingectomie rétrograde sous-séreuse de M. le Professeur VILLARD, ménage comme nous l'avons vu au maximum la vascularisation de l'ovaire.

D'autre part, la double salpingectomie avec entaille cunéiforme de la corne utérine n'est-elle pas en petit l'hystérectomie fundique? En tout cas, nous n'avons jamais observé ces accidents de métrorragies ou de pertes purulentes abondantes signalées après la double salpingectomie, et l'ablation du foyer principal a amené une guérison totale de la soi-disante métrite du fond.

Reste la gravité opératoire; il est incontestable, et tous les chirurgiens l'admettent, que l'hystérectomie fundique est une opération sérieuse. L'ouverture large du muscle utérin, avec ses petits ennuis hémorragiques, la brèche faite dans une cavité utérine septique, pouvant propager son infection à la suture musculaire et à la couverture péritonéale, ne sont pas sans danger. La simple myomectomie donne souvent pendant les premiers jours des suites opératoires inquiétantes, traduisant une réaction générale grave et pourtant il

s'agit là d'une intervention faite en territoire souvent plus aseptique. D'ailleurs les statistiques signalent presque toutes des cas de mort post-opératoire :

LECÈNE et GAUDART d'ALLAINES, sur 74 opérations dont 52 pour annexites bilatérales anciennes, ont eu 3 morts, une par hémorragie intrapéritonéale, deux par infection péritonéale lente.

ERNST, employant la méthode de BEUTTNER, a eu 5 morts sur 35 cas, ce qui constitue un pourcentage important bien supérieur à celui des interventions conservatrices.

Personnellement, sur 16 salpingectomies doubles pour pyosalpinx, nous n'avons eu aucun accident mortel, aucune suite opératoire inquiétante.

L'hystérectomie fundique a encore, dit-on, pour avantage de ramener et de fixer l'utérus en bonne position, mais est-il besoin de le réséquer et une bonne fixation ligamentaire ne suffit-elle pas ? Certes, les utérus qui accompagnent les annexites sont souvent en rétroposition et leur fond est gros, globuleux, indication nette, semble-t-il, pour la fundique, mais par une bonne ligamentopexie ce gros utérus maintenu en bonne place arrive progressivement à subir une involution très suffisante.

Il nous semble donc, comme le disait M. le Professeur VILLARD, que dans les cas où les lésions utéro-annexielles permettent de conserver la menstruation, la salpingectomie bilatérale doit être préférée à l'hystérectomie fundique plus dangereuse et plus mutilante. La fundique fait trop ou trop peu, trop si les trompes sont la cause principale des accidents et si

ce sont elles qui entretiennent des lésions métritiques après en avoir été la conséquence initiale. Trop peu, si les lésions utérines sont profondes avec modification des parois utérines et altérations périphériques nécessitant l'hystérectomie.

Peut-être l'hystérectomie fundique est-elle indiquée, comme le déclare M. le Professeur TIXIER, dans les cas de lésions annexielles conditionnées par l'existence de de lésions non pas infectieuses mais tumorales du fond utérin, en particulier ces petits adénomyomes des cornes utérines.

Il peut arriver enfin que l'on fasse une conservation utéro-ovarienne pour des lésions tubaires doubles mais non inflammatoires toutes les deux. On sait en effet la prédilection des grossesses ectopiques sur les trompes ayant eu une poussée inflammatoire aiguë passagère qui n'a pas évolué jusqu'à l'oblitération complète. Grossesse tubaire d'un côté, salpingite parenchymateuse de l'autre, la conservation est parfois possible, portant tantôt sur la trompe gravide, tantôt sur la trompe inflammatoire, mais souvent il faut sacrifier les deux. Là encore la conservation de l'utérus et d'un fragment d'ovaire s'impose si naturellement il s'agit d'une grossesse tubaire fissurée ou en voie de fissuration et non pas d'une inondation péritonéale qui impose l'opération la plus rapide, la plus simple, la moins choquante et non pas des gestes de chirurgie fine, minutieuse et fatalement plus longue.

Reste enfin le groupe des salpingo-ovarites tuberculeuses.

III. — Indications de la conservation parcellaire de l'ovaire dans la tuberculose annexielle

Les différentes indications opératoires varient suivant les formes anatomiques des lésions. F. CONDAMIN, étudiant dans sa thèse les différentes formes anatomochirurgicales de l'atteinte bacillaire génitale de la femme, apporte pour chacune d'elles des indications thérapeutiques fort précieuses et empreintes d'une certaine idée conservatrice.

Dans la forme ascitique correspondant à la salpingite séreuse, le plus souvent la laparotomie suffit et ne saurait être complétée que par des interventions conservatrices minimales dictées, par exemple par la présence d'un nodule caséeux sur une trompe ou par l'existence des lésions associées, kyste de l'ovaire, kyste tubo-ovarique, indications qui ne sauraient en rien différer de celles précisées dans les autres variétés étiologiques d'annexites.

Dans la forme interstitielle avec atteinte diffuse du pelvis, l'opération conservatrice est souvent imposée non pas par le peu d'importance des lésions, mais par le souci du chirurgien d'être prudent, d'éviter des clivages dangereux. Il faut là, comme le dit CONDAMIN, limiter son acte opératoire aux exérèses faciles et « si l'intervention apparaît, devoir se faire avec aisance, s'efforcer de conserver l'utérus et un ovaire », ou un fragment d'ovaire, s'il est nécessaire, ajoutons-nous. Aussi, moins souvent là que dans les an-

nexites simples, aurons-nous à faire cette conservation, car l'intervention doit être souvent limitée à une partie des lésions, laissant à la laparotomie le soin de faire régresser les lésions inaccessibles. Enfin, dans la forme ulcéro-caséuse, où les lésions sont définitives sans régression possible, la conservation est encore de mise, il faut enlever la lésion et conserver le reste et à part les cas de conservation ovarienne impossible, abcès froids ovariens doubles, kystes tubo-ovariques et abcès froid ovarien, ou devant des lésions très étendues ou compliquées, il faut au moins conserver l'utérus et un fragment d'ovaire. Là l'hystérectomie fundique paraît formellement contre-indiquée par ses dangers d'inoculation et il ne saurait s'agir que d'une conservation utéro-ovarienne après salpingectomie double.

IV. — Conservation parcellaire de l'ovaire seul

La conservation d'un fragment d'ovaire après une hystérectomie ne saurait avoir pour but que de conserver la sécrétion interne et la corrélation de l'ovaire avec les autres glandes endocrines. L'étude physiologique que nous avons faite de l'ovaire a montré que les troubles apportés par l'ablation des ovaires étaient surtout dus à la suppression du flux menstruel. Pourtant, pendant longtemps, on attacha une grande importance à la conservation isolée de l'ovaire. JAYLE, en France, HAWKES, DICKINSON, RIES, plus récemment

Mme Alice-F. MAXWELL, plaident en faveur de la conservation. LEGUEU et SHWARTZ laissent volontiers un ovaire après hystérectomie, mais beaucoup de chirurgiens, DOLÉRIS, SIREDEY, ROUTIER, DELBET estiment très illusoire cette conservation. Dans leur rapport, DE ROUVILLE et MOCQUOT condamnent toute tentative de ce genre, enfin à Lyon MM. VILLARD et TIXIER estiment que rien ne sert de garder isolé un fragment d'ovaire, car physiologiquement ce qui importe ce n'est pas une partie du système utéro-ovarien mais l'ensemble endocrinien utéro-ovarien. De plus, l'ovaire ainsi gardé isolément, privé de ses connexions vasculaires, présente souvent par la suite une dégénérescence scléro-kystique nécessitant son ablation. Dès 1906, VAUTRIN insistait sur sa fréquence, depuis de nombreuses observations par MANDL et BUEGER, MARTIN, CALMAN, DE ROUVILLE, VINBERG, POLAK sont venues confirmer ces faits. M. le Professeur VILLARD en a cité récemment un cas typique et POLAK estimait que, sur 300 hystérectomies, dans 24 % des cas, une intervention secondaire avait été rendue nécessaire par l'infection ou la dégénérescence kystique de l'ovaire conservé.

Il semble donc actuellement que, contrairement à l'opinion de MM. PAGE et FERREY, la conservation isolée, totale ou parcellaire de l'ovaire ne puisse suffire à prévenir les malades des troubles de la ménopause; si dans certains cas elle est capable de diminuer les accidents de la castration, la fréquence de la dégénérescence secondaire de l'ovaire nécessitant son ablation paraît suffisamment impressionnante pour jus-

tifier la castration totale lorsque les lésions obligent à l'ablation de l'utérus.

V. — Greffes de l'ovaire partiellement conservé

TUFFIER a montré depuis longtemps déjà que la greffe ovarienne pratiquée en un point quelconque de l'organisme agissait au bout d'un certain temps sur le métabolisme général seulement, mais n'empêchait en rien le développement des troubles de la ménopause. Et parmi les nombreux résultats étudiés par TUFFIER, la majorité n'a abouti à rien, quelques-uns même ont été nuisibles. La greffe ovarienne semble justifiée si l'on conserve en même temps l'utérus et quelques chirurgiens ont pu ainsi terminer une salpingectomie bilatérale. Là, sans aucun doute, la menstruation se rétablit dans les deux tiers des cas environ, mais l'ovaire greffé privé de son pédicule nerveux et vasculaire s'atrophie le plus habituellement et cela assez rapidement. La durée de ce greffon est très limitée, variant de quelques mois à quelques années et les statistiques de TUFFIER, SIPPEL, BLAIR BELL ont bien montré le résultat inconstant et temporaire de ces greffes autoplastiques. SAUVÉ a montré que les ovaires greffés peuvent donner lieu à deux ordres d'accidents, les uns passagers, signalés par MAUCLAIRE, dus au gonflement périodique de la glande et disparaissant en deux ou trois jours, les autres

permanents, empêchant par leur acuité douloureuse tout travail même léger. D'autre part, histologiquement, le greffon peut conserver sa structure glandulaire normale, mais comme l'on relaté SAUVE et CAZIN, il subit souvent une atrophie progressive. La conservation au contraire de l'ovaire en place ne donne pas d'accident pourvu qu'on lui conserve, comme nous l'avons vu, sa vascularisation. Comme le disait déjà HARTMANN en 1911, « il est plus rationnel de conserver l'ovaire avec ses connections normales et le maintien de l'organe en place est je crois supérieur à la greffe la mieux réussie ». L'argument que l'on tirait en disant il est plus facile d'extirper un ovaire sous la peau que dans le ventre n'a pas de valeur, d'autant plus que la valeur de l'organe greffé ne vaut jamais celle de l'ovaire en place.

Dans certains cas, on peut implanter l'ovaire dans l'épiploon pour justement parer à ces inconvénients de déficit circulatoire et il semble que les résultats obtenus en soient bons, mais il s'agit d'une indication relativement assez rare. Il semble que la seule indication de la greffe ovariennne soit celle de la greffe intra-utérine permettant en plus de la menstruation une fécondation possible. La possibilité d'une grossesse après l'ablation des deux trompes, signalée par quelques observations et due vraisemblablement à la soudure de l'épithélium tubaire à l'endothélium péritonéal, a incité quelques chirurgiens à créer anatomiquement ce processus.

SOBRE CASAS le premier, après avoir réséqué la trompe à un centimètre de la corne utérine, amenait

l'ovaire à son contact et a pu obtenir ainsi 15 grossesses sur 115 opérées. Mais cette technique est assez rarement possible, car nous savons que dans les lésions annexielles inflammatoires, l'intervention pour être satisfaisante doit enlever en même temps que la portion ampullaire, la portion isthmique et interstitielle du canal tubaire.

Reste la transplantation intra-utérine de l'ovaire, tantôt véritable greffe d'un segment d'ovaire isolé, comme l'ont pratiquée TUFFIER et BOUR, tantôt simple transposition de l'ovaire muni de son pédicule à la manière de ESTES ou de TUFFIER. Il s'agit là d'une intervention un peu complexe où l'ouverture de la cavité utérine, comme le fait TUFFIER, n'est peut-être pas sans risque, il s'agit en effet presque toujours d'un utérus infecté et le résultat d'une grossesse possible ne peut être mis en parallèle avec les dangers que l'on peut faire courir aux malades. Les résultats d'ailleurs ne sont pas très encourageants. Sur une centaine de malades opérées par ESTES, 27 seulement ont pu être revues et sur les 4 devenues enceintes 2 grossesses seulement ont pu évoluer jusqu'à terme. Sur 50 malades opérées par TUFFIER, aucun résultat, aucune grossesse.

La transposition intra-utérine d'un moignon ovarien ne semble donc être qu'une ressource ultime pour la conservation de la fécondation et ne saurait être pratiquée en dehors de cette éventualité. Mais étant donné l'espoir très faible du succès, étant donnés les risques opératoires, la possibilité non négligeable d'une intervention itérative, il ne faudra prendre

cette méthode que sur des indications très précises : lésions des trompes imposant sans discussion leur exérèse complète, femme jeune désirant une grossesse et consentant pour ce fait aux aléas de la transplantation ovarienne intra-utérine.

VI. — Indications générales de la conservation parcellaire de l'ovaire

S'il est souvent possible de guérir une femme par la castration totale, il est souvent navrant de le faire d'une façon radicale. Certes, il nous est agréable de revoir des malades qu'une castration a rendues à la vie après des mois, des années de souffrance, mais il ne faut pas se laisser impressionner par les résultats immédiats. Les premiers mois qui suivent l'intervention, après une convalescence plus ou moins longue, ce ne sont que manifestations de joie et de reconnaissance, la femme peut recommencer à sortir, à mener une vie active, parfois pénible, mais petit à petit les troubles de la ménopause apparaissent. Bouffées de chaleur, palpitations ne sont d'abord que petits incidents, mais leur répétition arrive souvent à un véritable malaise. Une légère adiposité qui commence, enfin et surtout les troubles nerveux, les modifications du caractère, une nervosité exagérée, la diminution de la mémoire, parfois même une véritable psychasthénie viennent modifier d'une façon souvent inquiétante la

vie paisible de beaucoup; sans compter sur les psychoses possibles greffées sur un état nerveux ou mental préexistant. Ces troubles psychiques, JAYLE les notait dans 68 % des cas et notre Maître M. le Professeur VILLARD les estime certainement aussi fréquents, peut-être pas toujours graves, mais qui associés à des troubles congestifs, à des troubles du sens génital, très rares dans la castration subtotale, altèrent néanmoins d'une façon très notable la vie sociale de ces malades.

Nous devons donc nous efforcer de conserver les fonctions génitales de la femme et ne nous permettre l'ablation totale des organes génitaux de la femme jeune que lorsque la gravité des lésions nous impose ce sacrifice. Nous avons dit la femme jeune, car c'est la raison majeure de la conservation. Après la période active de la vie génitale, passé 40 ans, tenter une conservation pour une hypothétique grossesse, pour éviter une ménopause physiologique qui doit survenir dans quelques années, ne semble pas justifié par des avantages suffisants. Au contraire, jusqu'à 40 ans, il faut être conservateur, au maximum s'il s'agit d'une femme jeune qui n'a pas eu d'enfant et pour qui l'abandon de tout espoir de maternité est une catastrophe. Mais il faut bien le dire aussi, c'est qu'il faut maintenant compter avec la mentalité actuelle et que tous les efforts faits pour conserver la fécondation n'ont peut-être pas répondu entièrement aux méthodes employées. Nombre de mariages ne désirent pas d'enfants, font même beaucoup pour n'en pas avoir et souvent le souci et les soins mis à permettre à la

femme une fécondation seront voués à rien par le fait que l'on s'adresse à certaines catégories de ces malades.

Toute autre, au contraire, est la conservation de l'action endocrine et du complexe physiologique utéro-ovarien. Garder à la femme un petit fragment d'ovaire et l'utérus, c'est lui assurer une vie normale aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue moral et social. Il faut étendre là les limites formées par l'âge et si, pour quelques-uns, l'âge limite pour garder la fécondation peut être abaissé à 35 ans, jusqu'à 40, 45, la sécrétion endocrine doit être conservée; car contrairement à l'opinion défendue souvent d'une ménopause chirurgicale moins pénible lorsqu'elle survient aux deux âges extrêmes de la vie génitale, il n'en est souvent rien et si chez la jeune fille il faut être conservateur à outrance pour ménager son avenir génital, chez la femme entre 30 et 40 ans il faut se soucier de troubles d'anovarie post-opératoires intenses et lui en éviter l'apparition.

Mais cette notion d'âge ne peut être absolue et comme l'a bien montré M. le Professeur TIXIER, certaines femmes sont précocement âgées, femmes usées par les travaux pénibles des conditions modestes, par des grossesses multiples. Là, souvent les lésions évoluent vite, brûlant les étapes des salpingo-ovarites classiques. Du fait en plus du mauvais terrain, de l'obésité souvent marquée, d'un état cardio-pulmonaire déficient, les séquelles opératoires deviennent mouvementées et il semble prudent, même devant des lésions favorables de conservation, de faire d'emblée

le maximum pour ces salpingites des femmes âgées.

Peut-être a-t-on dit aussi qu'il fallait être un peu plus radical pour les malades de la classe ouvrière où il faut obtenir une guérison complète le plus rapidement possible et chez lesquelles en particulier, d'après VANVERTS, les troubles de ménopause anticipés seraient moins accusés. Or, presque toutes les malades dont il est question dans nos observations appartiennent à la clientèle d'hôpital de milieu modeste, de classe ouvrière souvent et pour toutes les malades revues aucun trouble important ne les a obligées à un arrêt définitif de leurs occupations.

En fait, comme le disait M. le Professeur Villard, « la castration totale est en principe irrationnelle dans les annexites qui ne sont que des lésions inflammatoires, le plus souvent subaiguës et chroniques, susceptibles par conséquent de régresser et de guérir. Seule la sphère utéro-annexielle a le regrettable privilège d'aussi larges mutilations pour des infections atténuées ». Et plus on ira, plus on se rapprochera, et plus il faudra se rapprocher de la prophétie de DOLÉRIS : « l'avenir est aux plus habiles et aux plus avisés qui guériront sans détruire, il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique, plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante, que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation radicale des organes.

CHAPITRE VI

Résultats

Nous rapportons les résultats de 47 interventions toutes pratiquées par M. le Professeur VILLARD ou par ses assistants. Dans chacune l'intervention a consisté à garder l'utérus et un fragment d'un seul ovaire avec ou sans conservation de la trompe. Toutes ces opérations ont été pratiquées chez les femmes jeunes, la plus âgée avait 40 ans, et pour des lésions importantes des annexes nécessitant par l'intensité des phénomènes fonctionnels, par l'échec d'un traitement médical, une exérèse. Toutes ces castrations ont été faites à froid, sauf une pour grossesse tubaire, et sous anesthésie générale à l'éther ou au mélange de Schleich.

En premier lieu, aucune mortalité opératoire. Toutes nos opérées ont eu des suites parfaites, sans aucun incident, sauf une qui a fait au douzième jour une phlébite légère du mollet gauche, phlébite qui disparut d'ailleurs sans séquelle appréciable. A signaler d'autre part qu'aucune intervention n'a obligé à un

drainage, soit abdominal, soit vaginal et, cependant, les castrations pour pyosalpinx gonococciques ou streptococciques sont nombreuses, donc gravité opératoire nulle pour ces 47 cas.

La recherche des résultats éloignés nous a permis de retrouver toutes ces malades et ainsi de vérifier les résultats survenus à la suite de ces opérations conservatrices.

En premier lieu, le retour des règles s'est fait très rapidement après l'intervention; en général, le premier mois ou le deuxième mois qui ont suivi. Dans deux cas seulement, les malades ont présenté une aménorrhée plus longue, 8 mois dans l'observation 16. Une seule enfin a constitué un échec, pas de réapparition des règles depuis l'intervention avec production de quelques troubles de la ménopause qui tendent à s'atténuer maintenant, c'est-à-dire un an après la tentative de conservation.

Toutes les autres malades ont revu leurs règles, c'est-à-dire dans 98 % des cas et parmi elles aucune n'a présenté des troubles de ménopause anticipée susceptibles d'être notés, aucune ne s'est plaint de vapeurs, de vertiges, de céphalée, de troubles nerveux, aucune n'a présenté de troubles psychiques, ni à leurs dires aucune modification importante du caractère.

Quelles étaient les modifications des règles survenues depuis l'intervention? Pour la majorité, l'écoulement menstruel apparaissait régulièrement ou avec des différences chronologiques insignifiantes de 2 ou 3 jours. Il est d'ailleurs, pour un certain nombre, devenu plus régulier et en particulier dans l'observation 28

la malade qui avait une aménorrhée complète depuis 6 ans a vu ses règles réapparaître et cela d'une façon absolument périodique, comme jamais elle n'avait pu encore le constater. Il s'agit de véritables règles sans formation de caillots, mais il faut signaler que dans plusieurs cas leur abondance a été très modifiée; jamais, depuis l'intervention, les règles n'ont diminué de quantité par rapport à ce qu'elles étaient auparavant, sauf dans deux cas où il s'agissait de femmes âgées respectivement de 38 et 40 ans et il est difficile de dire si la diminution de quantité des règles n'est pas imputable à l'approche de la ménopause. Les autres au contraire ont eu des règles qui duraient 3, 4, 5 jours en moyenne, mais cependant un certain nombre accusent un écoulement menstruel plus prolongé, durant même 8, 9 jours, écoulement qui est du reste très minime pendant les derniers jours, mais qui n'en existe pas moins. Sur les 47 malades, 4 ont présenté des règles revenant régulièrement, sans douleur, mais abondantes. Chez 2, elles duraient 8 à 10 jours, chez une 10 à 12, enfin pendant 13 jours chez une autre. Deux eurent une aménorrhée transitoire et c'est seulement 8 mois après l'intervention que les règles réapparurent. Chez l'une, l'écoulement se fit à intervalles réguliers pendant 4 mois, puis cessa à nouveau, mais il faut considérer que là il s'agissait d'un moignon ovarien laissé dans un méso lié et qui présentait certainement des troubles de vascularisation importants. Chez la seconde malade, au contraire, les règles revinrent après un arrêt de 8 mois et se continuent maintenant normalement, sans aucun phé-

nomène douloureux, et ont mis fin à quelques troubles légers de ménopause. Dans un cas seulement est apparu un petit incident qui a nécessité une hospitalisation de courte durée.

Il s'agissait d'une malade jeune ayant eu une conservation d'un quart d'ovaire pour annexite double suppurée et qui, au cours d'une des premières périodes menstruelles, se mit à souffrir dans le pelvis, douleurs accompagnées de frissons, de nausées et ayant obligé la malade à s'aliter. Un examen montra à ce moment une collection liquidienne du Douglas un peu douloureuse, fluctuante, évoluant sans température. Une ponction du Douglas retira un liquide brunâtre qui n'était que du sang non coagulé et qui traduisait la présence d'un épanchement hémattique pelvien. Il ne s'agissait certes pas là à proprement parler des cysthématomes menstruels signalés depuis longtemps par DARTIGUES. Dans ces cas en effet l'on trouve des collections enkystées dans les débris ovariens ou tubaires, formant une tumeur à siège élevé, très souvent franchement latérale. Dans notre cas, il s'agissait au contraire d'une véritable hématocele pelvienne, peut-être due à une réaction de pelvi-péritonite ou plus vraisemblablement causée par une hémorragie ovarienne au cours d'une menstruation. Ces hémorragies ovariennes intra-péritonéales sont assez bien connues et plusieurs cas ont été signalés par MELKIOR, BARDIN, TOLDY. Plus récemment une communication de HASELSHORT à la « Société Allemande de Gynécologie du Nord », un article de HUGO ROTH, in « Gynécologie Obstétrique », la thèse de MARTY, ont montré

les différents facteurs qui intervenaient dans la production de ces hémorragies parfois catacyclismiques. Il s'agissait presque toujours d'hémorragie folliculaire dans un ovaire enflammé ou scléro-kystique qui, par son abondance, aboutissait à la rupture de ce follicule et à l'issue du sang dans le pelvis.

Dans notre cas, la pathogénie peut s'expliquer par un accident de l'ovulation. Du reste, il arrive bien parfois, que lorsqu'on laparotomise une femme au moment de ses règles, on trouve un peu de sang dans le petit bassin. La ponte ovulaire qui s'accompagne fatalement d'une fissure de la corticale ovarienne, détermine une petite hémorragie insignifiante, dans la majorité des cas n'amenant aucune réaction péritonéale douloureuse. Mais si par hasard une déchirure plus grande intéressait un vaisseau de la corticale, il pourrait évidemment se produire une effusion sanguine plus abondante. Il se peut bien que dans notre cas, à la suite de la résection, un follicule ovarien se soit trouvé exactement sous la suture ovarienne. Au moment de l'épanouissement de ce follicule, en tenant compte de la congestion menstruelle qui amène au niveau de l'ovaire une turgescence notable par augmentation de la pression sanguine, la brusque augmentation de volume du follicule distendant la cicatrice ovarienne encore fragile peut bien expliquer la genèse de cette hémorragie. Peut-être son abondance est-elle imputable à d'autres circonstances, la confluence de deux follicules voisins ou encore un état hémophilique du sujet comme dans le cas signalé récemment par M. SANTY.

Dans notre observation cet accident ne présenta aucune suite grave et après la ponction de la collection du Douglas les règles se produisirent à nouveau très régulièrement sans nouvelle hémorragie pelvienne. Ce cas est d'ailleurs le seul que nous ayons trouvé dans nos observations. C'est un cas rare à peu près jamais signalé dans les résultats de résection ovarienne.

Nous voyons donc qu'au point de vue menstruation, les résultats sont excellents. Dans la presque totalité des cas, 98 % la menstruation est conservée, dans 96 % elle fut régulière, parfois un peu plus abondante qu'auparavant, mais nous n'avons jamais observé de ménorragies graves ayant nécessité un traitement spécial.

D'un autre côté, ces menstruations apparaissent sans aucun phénomène douloureux. Ce n'est que dans deux cas que réapparurent des douleurs assez vives le premier jour des règles qui nécessitèrent même à diverses reprises un repos complet ce jour-là. Ce résultat de la disparition des phénomènes douloureux est très intéressant, car dans beaucoup de cas, il s'agissait d'interventions pour pyosalpinx où la présence d'un foyer suppuré avec réaction péritonéale inflammatoire pouvait faire craindre des séquelles un peu pénibles. Dans les autres cas, et en particulier pour ces ovaires kystiques où l'élément douleur était l'argument important qui avait poussé à l'intervention, le résultat parfait que nous enregistrons montre bien l'importance et l'utilité de la résection ovarienne dans ces syndromes douloureux où l'ovaire se présente en état de dégénérescence mégakystique avancée.

Nous n'avons pas dans nos observations de cas d'ovarite microkystique ou de dysménorrhée douloureuse avec ovarite microkystique. Parmi les cas que nous avons pu retrouver, ceux qui ont été traités par une double résection ovarienne avec conservation d'une double moitié d'ovaire, ce qui ne rentre pas tout à fait dans le cadre de notre thèse, ont présenté des améliorations très inégales et sont en tout cas loin d'avoir la régularité de la guérison de ceux que nous envisageons plus haut.

Reste la question de la fécondation.

Parmi nos observations, un certain nombre comporte la conservation de l'utérus, d'un fragment d'ovaire et d'une trompe. Ces interventions furent faites 7 fois pour annexite double, 9 fois pour tumeur bénigne de l'ovaire, 11 fois pour ovarite kystique, soit un total de 27 cas. Parmi les malades que nous avons vu, nous notons l'apparition de 4 cas de grossesse, ayant évolué à terme, sans complications, et ayant permis la naissance de 3 beaux enfants bien portants. Ce résultat de 4 grossesses sur 27 cas, soit 14,8 %, n'est peut-être pas très considérable, mais il ne faut pas oublier que nombre de nos malades appartiennent à une classe ou à une profession où la gravidité n'est nullement désirée. Ces 4 grossesses sont survenues chez des malades opérées pour ovarite kystique bilatérale, alors que dans aucun cas de conservation pour salpingite, nous n'en avons obtenu.

Ce résultat paraît moins imposant que ceux fournis

par d'autres statistiques de chirurgiens, mais comme toujours, dans les statistiques, les cas opérés sont difficilement superposables. D'ailleurs les résultats de conservation parcellaire d'ovaire avec le maintien de la trompe sont rares et en particulier dans la très intéressante statistique de WALTHER, publiée en 1922, il n'y a que 3 cas superposables aux nôtres et sur le pourcentage de 26,5 % de grossesses reste à savoir de combien il serait pour les 3 cas précités. D'autres statistiques se rapprochent de la nôtre :

POLAK rapporte, en 1909, 17 grossesses sur 219 opérées, soit 7,7 % ;

JACOBSON, en 1911, 1 grossesse sur 15 cas, 6,7 % ;

COL, en 1907, 12 grossesses sur 4 ou 500 cas ;

HUNTER ROBB, pas de grossesse sur 419 cas ;

BUTTLER, 1 grossesse sur 50 cas, 2 % ;

DICKSON, pas de grossesse sur 50 cas ;

GRAND BALDWIN, pas de grossesse sur 99 cas ;

HUMISTON rapporte, en 1913, 19 % de grossesses.

Enfin, il est nécessaire de rappeler par comparaison les résultats obtenus par la greffe intra-utérine au point de vue pourcentage de grossesse. Suivant cette technique, la gravidité aurait été relativement fréquente : CASAS avait déjà obtenu 14 grossesses sur 115 opérées. Par contre, aucune des 50 malades de TUFFIER n'est devenue enceinte.

ESTES, sur une centaine de malades opérées, n'a pu en retrouver que 27, 4 seulement sont devenues enceintes, ce qui correspond tout de même à 15 %. R. PETIT rapporte enfin en 1922 un cas de grossesse sur deux interventions.

Mais si les grossesses sont relativement nombreuses après la transposition intra-utérine de l'ovaire, il semble que les résultats au point de vue fonctionnel soient moins bons. Sur les 27 malades revues par ESTES, 7 en effet accusent des douleurs au moment des règles, 10 présentent des modifications notables du caractère, 3 enfin ont dû être réopérées. Citons encore dans ce groupe de faits une observation de STORER où la femme aurait eu 19 mois après l'opération des symptômes de grossesse et 3 mois 1/2 après des hémorragies avec évacuation de détritüs. Les règles réapparurent irrégulières, puis cessèrent. Une hystérectomie dut être ensuite pratiquée, à la suite de laquelle la malade succomba.

Il semble donc que la greffe intra-utérine de l'ovaire, après ablation bilatérale des trompes, puisse donner des espoirs de grossesse, mais que d'autre part si les suites opératoires ne sont pas particulièrement graves, les craintes d'une opération itérative ne paraissent pas négligeables. Le fonctionnement ultérieur de l'ovaire ne semble pas être toujours parfait et on se demande si la possibilité de nouveaux phénomènes douloureux post-opératoires ne doit pas faire renoncer à l'espoir d'une grossesse, espoir d'ailleurs assez incertain.

Reste enfin un dernier problème à envisager, c'est la comparaison des résultats fournis par la salpingectomie double et par l'hystérectomie fundique.

Si l'on se rapporte aux statistiques fournies par de nombreux chirurgiens au Congrès de Paris de 1926, on voit entre autres que l'on a eu à enregistrer :

3 morts post-opératoires sur 74 opérées (LECÈNE);

5 morts post-opératoires sur 35 opérées (ERNST);

1 mort parmi les opérées de ROUX-BERGER.

Sans compter les petits incidents, quelques hémorragies plus ou moins importantes, abdominales ou vaginales.

Sur nos 17 opérées, aucune mortalité, une réintervention pour hématocèle enkystée du Douglas.

Les résultats éloignés dans l'hystérectomie fundique sont en général bons, les règles reviennent régulièrement. Cependant, DUJARIER reconnaît que dans quelques cas les règles n'ont pas été conservées; parmi les 52 opérées de LECÈNE, 5 ont des règles douloureuses.

Dans nos résultats, toutes nos malades ont été réglées, une cependant irrégulièrement, deux ont eu des règles douloureuses, mais pour l'une, il s'agissait d'une conservation pour ovaire suppuré, pour l'autre, d'une bacillose annexielle.

Enfin, si dans l'hystérectomie fundique, on ne note jamais la persistance de pertes blanches, ce qui constituerait un gros avantage sur la simple salpingectomie, nous n'avons jamais constaté pour les malades revues ces écoulements signalés comme classiques. Une seule fois une malade a présenté une hydorrhée assez abondante, hydorrhée imputable à une cellulite péri-utérine et qui a d'ailleurs disparu très rapidement à la suite de quelques massages. De même dans tous nos examens nous n'avons jamais noté la présence de ces gros utérus restés mous et douloureux. Il paraît donc bien évident que les résultats éloignés sont identiques et superposables dans l'une ou l'autre des méthodes. Mais surtout la gravité opératoire nulle dans

la salpingectomie double donne à cette intervention une grosse supériorité et, comme le dit notre Maître M. le Professeur VILLARD, on ne se sent pas le droit, entre deux opérations de résultats superposables, d'imposer systématiquement à une femme, celle que l'on sait être la plus meurtrière et de lui faire courir des risques que l'on peut par une autre technique lui éviter presque à coup sûr.

En outre, toutes nos opérées ont été très améliorées au point de vue état général. Elles signalent toutes après leur intervention une reprise importante de poids, une augmentation très nette de l'appétit. Comme, d'autre part, les phénomènes douloureux ont été supprimés, ces femmes qui appartiennent pour beaucoup à la classe ouvrière ont pu reprendre rapidement leur travail et quelques-unes même une profession très pénible. Cette amélioration, certes, ne présente pas une grosse valeur dans les cas de salpingite purée, car il est bien évident que la suppression du foyer infectieux peut amener cette reprise rapide de l'état général. Mais il faut surtout noter son importance pour les tumeurs bilatérales des ovaires et surtout pour les ovarites kystiques où souvent des résultats espérés sont loin d'être atteints et où la malade reste une souffrante, une douloureuse, aggravée encore par des troubles importants de la nutrition.

1° *Les succès.* — Si nous examinons les cas de succès nous voyons que nous avons eu 39 résultats très bons, avec conservation normale de la menstruation. Ces 39 succès obtenus pour :

20 annexites doubles;

9 ovarites kystiques doubles ;

10 tumeurs bénignes bilatérales.

Les 20 succès, sur 24 cas d'annexites doubles opérées, donnent un pourcentage de 83,3 %.

Si nous les détaillons un peu, nous voyons que les succès se répartissent ainsi :

13 succès sur 17 cas où il y a eu conservation utéro-ovarienne seule, ce qui fait 76,5 % de succès.

7 succès sur 7 cas où il y a eu conservation de la trompe, de l'utérus et de l'ovaire.

Mais, dans ces résultats pour salpingites bilatérales, nous ne notons aucune grossesse consécutive, comme si l'infection ancienne avait apporté sur la trompe restante des modifications anatomo-physiologiques empêchant la fécondation.

Les 9 succès pour ovarites kystiques ont été obtenus sur 12 cas opérés, ce qui fait 75 % de guérisons complètes. De plus, dans ces 9 succès, nous notons 3 grossesses ayant évolué normalement. Si l'on se rend compte que, sur ces 12 cas, une fois les règles ne réapparurent pas, une fois on fut obligé de sacrifier les deux trompes, on voit donc que nous avons obtenu pour cette variété d'infection, en même temps que des guérisons complètes, 3 grossesses sur 10 cas, ce qui donne un pourcentage de 30 %.

Enfin, dans la dernière catégorie, celle des kystes ou tumeur bénigne double des ovaires, nous avons obtenu encore 10 résultats excellents sur 11 cas opérés, ce qui fait un pourcentage de guérison de 90 %. Parmi ces dix succès, signalons un cas de grossesse.

Il s'agit là d'un cas extrêmement intéressant où, pour un kyste mucoïde double s'accompagnant de dysménorrhée grave, une conservation d'un tiers d'ovaire amène déjà une disparition complète de tous les troubles. Mais, malgré tout, c'était un échec au point de vue gravidité. Devant le désir très vif de la malade d'être mère, une dilatation utérine avec cautérisation de la muqueuse au chlorure de zinc permit un an plus tard, au retour d'un voyage en Italie, l'apparition des premiers symptômes et l'évolution jusqu'à terme d'une grossesse bien supportée. Ces 4 cas de grossesse pour altérations kystiques bilatérales des ovaires, sans lésion de la trompe, c'est entendu, mais qui ont imposé l'ablation totale de l'ovaire d'un côté, une résection large de l'autre, sont des exemples extrêmement intéressants de ce que peuvent donner ces interventions conservatrices.

Ces résultats heureux peuvent paraître de valeur inégale, car si quelques-uns sont relativement récents, d'autres par contre ont fait l'épreuve du temps et se maintiennent depuis 6 ans. Il ne s'agit donc pas là d'un succès passager, éphémère, comme on peut le voir dans les greffes ovariennes par exemple, mais bien d'un fonctionnement correct de la glande ovarique qui assure à nouveau d'une façon normale la fécondation, la menstruation et sa sécrétion interne.

2° *Résultats imparfaits.* — Si nous examinons maintenant les résultats imparfaits, nous en trouvons un total de 7 sur 47 cas, c'est-à-dire 15 %, et nous rangeons dans ce chapitre tous les cas où les malades

soit se plaignent encore de quelque chose, soit encore ont été réopérées. Il ne s'agit pas là d'échecs puisque la majorité d'entre elles a été nettement améliorée et que toutes ont vu réapparaître leurs règles sans aucun trouble de ménopause. Comme, d'autre part, ces interventions étaient faites non pas pour agir et modifier des règles déjà anormales ou douloureuses, mais pour éviter à la femme des accidents de ménopause chirurgicale, les résultats obtenus quoique imparfaits ont cependant été suffisants puisque la conservation parcellaire de l'ovaire a évité à toutes ces opérées les troubles toujours graves de la castration totale.

Ces 7 résultats imparfaits se répartissent ainsi :

- 4 pour salpingite bilatérale avec simple conservation utéro-ovarienne;
- 3 pour ovarite kystique;
- 1 pour kyste inflammatoire de l'ovaire et d'ailleurs là il s'agissait d'une réintervention.

Parmi ces 4 résultats, moins satisfaisants pour salpingite : le premier (obs. 31) a trait à une femme âgée de 38 ans, qui depuis son opération a eu des règles irrégulières. Le moignon ovarien laissé était un petit fragment pris dans un méso lié et qui avait certainement une vascularisation insuffisante. De plus il s'agissait d'une malade éthylique certaine avec un gros foie, subictère et probablement un début de tabès. Les causes d'une guérison incomplète sont donc visiblement très nombreuses et peuvent facilement l'expliquer.

Le deuxième cas (obs. 44) est un exemple de conservation pour annexite tuberculeuse, conservation

qui fut poussée là à l'extrême. L'ablation de la trompe, non faite en rétrograde, a passé le plus près possible de l'ovaire avec l'espoir que des débris ovariens resteraient. Malgré une grosse reprise de l'état général, reprise de 12 kilogs, les règles sont réapparues épisodiquement, mais la malade ne présente pas de troubles de ménopause, c'est donc tant au point de vue bacillose, qu'au point de vue endocrinien, un résultat à retenir.

Le troisième cas (obs. 38) est une conservation utéro-ovarienne pour pyosalpinx et abcès ovarien d'origine puerpérale. Les règles sont bien revenues régulièrement depuis l'intervention, mais elles sont très abondantes et douloureuses, ayant même obligé la malade à s'aliter.

Le quatrième cas (obs. 41) est celui où s'est produit, à la suite d'une période menstruelle, cet épanchement sanguin du Douglas qui a nécessité une colpotomie, incident sur lequel nous avons déjà insisté plus haut.

Les 3 autres cas où le succès n'a pas été complet sont survenus après les interventions pour ovarite kystique (obs. 18, 20, 47). Là, les règles sont restées inconstantes, mais sans trouble de la ménopause et sans phénomènes douloureux. En tout cas, jamais les malades n'ont été obligées d'interrompre leur travail. L'une d'elles, d'ailleurs, était âgée de 40 ans et l'insuccès relatif peut bien être dû à sa ménopause proche.

3° *Echecs.* — Nous n'avons à noter, parmi nos 47 observations, qu'un seul cas d'insuccès (obs. 24). Une malade opérée pour ovarite kystique double n'a pas

vu réapparaître ses règles depuis l'intervention. Cette malade, déjà les années ayant précédé l'opération, avait présenté une aménorrhée complète pendant un an et l'année suivante les règles ne réapparurent qu'une fois. Malgré la persistance d'un quart d'ovaire en apparence bon, aucune menstruation ne succéda à l'intervention et dans ce cas les troubles de ménopause furent assez importants, vertiges, bouffées de chaleur très fréquentes, embonpoint considérable, modifications légères du caractère.

Par l'étude de ces résultats, qui sont basés uniquement sur des malades revues soit par M. le Professeur VILLARD, soit par le Docteur LABRY, son chef de clinique, soit par nous-mêmes, on voit donc l'extrême importance de cette conservation parcellaire minime de l'ovaire puisque par elle les accidents de la ménopause sont évités dans 98 % des cas et qu'elle permet une ovulation normale avec apparition de grossesse dans 14,8 % des cas. Mais cette conservation parcellaire de l'ovaire ne doit pas porter sur une glande demeurant isolée. Il est au contraire indispensable de garder la synergie utéro-ovarienne; si l'on veut que cette fonction correcte et durable de l'ovaire restant puisse se faire rythmiquement et normalement, il faut que l'utérus soit gardé en partie ou, beaucoup mieux, en totalité.

CHAPITRE VII

Observations

A — Interventions conservatrices ménageant la fécondation

1° *Annexites doubles*

OBSERVATION I

*Conservation de l'utérus, de la trompe droite
et d'une moitié de l'ovaire droit. — Excellent résultat.*

Mme Pe..., 28 ans.

Vient pour rétroversion et annexite gauche.

Intervention. — Docteur LABRY, 13 mai 1927.

Laparotomie médiane.

Double annexite basse.

Pyosalpinx gauche. Castration gauche.

A droite, après libération des annexes très adhérentes à l'S iliaque, on voit qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit. La trompe est perméable.

Résection du kyste, fixation utérine, DOLERIS.

Revue le 25 juin 1929, excellent résultat, règles régulières non douloureuses. Examen génital montre un utérus en bonne position, les annexes droites ne sont pas perçues.

OBSERVATION II

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'une moitié de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Br..., 19 ans.

Vient pour pyosalpinx double puerpéral.

Intervention. — Professeur VILLARD, 5 octobre 1927.

Laparatomie médiane.

Gros pyosalpinx gauche en *situation haute*. La trompe est du volume d'un pouce, sinueuse. A côté, collection kystique que l'on reconnaît être formée par l'ovaire.

Volumineux pyosalpinx droit, en position basse.

Evacuation par aspiration des deux collections annexielles, extériorisation de la trompe gauche. On se rend compte que celle-ci est tuméfiée au niveau de l'ampoule du fait d'une infiltration pariétale.

Pavillon largement ouvert.

Du fait du jeune âge, conservation poussée à l'extrême.

Ablation des annexes droites.

Assèchement de la trompe gauche par aspiration intratubaire.

Résection des parois du kyste de l'ovaire gauche dont la loge est suturée au catgut.

Revue le 13 juin 1929.

Excellent résultat.

Les règles sont très régulières depuis l'intervention,

mais parfois plus abondantes qu'auparavant. Varient de 5 à 7 jours. Aucun trouble de la ménopause.

Excellent état général. A engraisé de 4 kg.

La malade, qui est bonne de café, fait un travail extrêmement pénible, sans fatigue, accusant à peine quelques douleurs le soir dans les membres inférieurs.

Examen génital: utérus légèrement augmenté de volume, antéfléchi et rétroposé. Diminution légère de sa mobilité. Les culs-de-sac sont libres. A gauche, il est un peu moins profond et un peu moins souple, mais pas de distension.

OBSERVATION III

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'une moitié de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Ma..., 32 ans.

Malade toujours réglée très douloureusement. R. 30/7. Une grossesse il y a 13 ans, pas de fausse couche. Depuis un an, pertes blanches très abondantes et douleurs très vives avant la menstruation.

Intervention. — Docteur LABRY, 10 décembre 1927.

Laparotomie médiane.

Kyste tubo-ovarique droit adhérent au cœcum. Castration droite.

A gauche, kyste ovarique. Résection partielle de la moitié de l'ovaire. Suture hémostatique.

Revue le 1^{er} juin 1929.

Réglée très régulièrement depuis l'opération. Règles en avance de 2 à 3 jours et durant 6 à 7 jours. Légères douleurs le jour précédant les règles, mais dont l'intensité n'a aucune comparaison avec celles préexistant à l'intervention.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Etat général bon. A engraisé notablement.

Se plaint seulement de pertes blanches très abondantes depuis un mois. Il s'agit d'une hydorrhée imputable à une cellulite de la base du ligament large.

L'examen génital ne montre rien d'anormal.

On pratique quelques massages légers au niveau des zones de cellulite perçue. Disparition très rapide de l'hydorrhée.

Guérison complète le 1^{er} juillet 1929.

OBSERVATION IV

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un cinquième de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Jou..., 38 ans.

Intervention 11 septembre 1928.

Laparotomie médiane.

Volumineux kyste tubo-ovarique droit du volume de deux gros poings.

Castration unilatérale droite.

A gauche, kyste hématique de l'ovaire gauche du volume d'une prune.

Résection des quatre cinquièmes de l'ovaire qui présente encore de tout petits kystes. On fait cependant la conservation, car cette malade désire des enfants.

Libération de la trompe gauche, laissée perméable après salpingolysis.

Revue juillet 1929. Les règles sont revenues normales et l'abondance moyenne. Quelques douleurs légères encore au moment des époques, pas de grossesse ni fausse couche.

Grosse reprise d'état général.

Examen génital négatif.

Bons résultats.

OBSERVATION V

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus et des annexes droites après énucléation d'un kyste ovarique. — Bons résultats.

Mme Mab... Jeanne, 18 ans.

A la suite d'un accouchement récent, entre pour rétroversion et salpingite basse bilatérale.

Intervention le 24 octobre 1925.

Laparotomie médiane, ablation des annexes gauches.

A droite: énucléation d'un kyste gros comme une mandarine et conservation.

Fixation à la DOLERIS-PELLANDA.

Revue en mai 1926.

Excellent état général et local, travaille. Règles régulières durant 6 jours, sans caillots, aucun trouble d'ordre ovarien.

Revue en mai 1928. Depuis le dernier examen s'est mariée, pas de grossesse. Localement va très bien, les règles se sont conservées normales, mais la malade est soignée pour une bacillose pulmonaire discrète en voie de guérison.

OBSERVATION VI

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et d'une parcelle de l'ovaire droite. — Excellent résultat

Mme Clu..., 27 ans.

Vient pour crises abdominales douloureuses d'abord

localisées à gauche, puis bilatérales accompagnées parfois de poussées de température, mais sans rapport avec les règles. Règles 15/5 très douloureuses ; 5 grossesses ; pas de fausse couche.

Intervention 1^{er} février 1928.

Laparatomie médiane.

Utérus volumineux en antéposition.

A gauche, hydrosalpinx typique. Ablation des annexes gauches.

A droite, annexes très mobiles en raison d'un long ligament large, flottant au-dessus du détroit supérieur. Kyste ovarique droit du volume d'une grosse amande. Trompe complètement saine.

Ablation du kyste ovarique droit par énucléation. Il paraît s'agir d'un kyste folliculaire.

Revue le 25 mai 1929.

Malade guérie par l'opération, réglée régulièrement pendant huit jours abondamment, pas de douleurs depuis l'intervention. Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Etat général bon. La malade a pourtant maigri de 6 kg, mais elle garde néanmoins un embonpoint respectable. Quelques troubles légers de ménopause (bouffées de chaleur).

Bon résultat.

OBSERVATION VII

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et d'un moignon ovarien minuscule.— Excellent résultat.

Mme Ger..., 36 ans.

Grosse tubaire gauche.

Intervention le 25 janvier 1925.

Laparotomie médiane.

A gauche, grossesse tubaire en voie de fissuration, libération et ablation des annexes gauches en totalité.

A droite, il existe un kyste de l'ovaire avec des adhérences multiples. On libère et on énuclée ce kyste inflammatoire.

Conservation de la trompe droite avec salpingostomie. Conservation d'un moignon absolument minuscule de l'ovaire droit.

Revue 29 mars 1926.

Etat général excellent. Ne souffre pas, peut travailler.

Règles normales durant 6 jours.

Etat psychique et sens génésiques normaux, état local parfait.

Depuis, conservation parfaite de cet excellent résultat.

2° Tumeurs bénignes doubles de l'ovaire

OBSERVATION VIII

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et d'un fragment d'ovaire gros comme un pois. — Bon résultat.

Mme Vi..., 20 ans.

Vient pour douleurs abdominales et métrorragies abondantes et continuelles depuis deux mois. Pertes blanches abondantes. Règles 28/8.

Fausse couche il y a un an. Pas de grossesse.

Intervention 20 mai 1927. — Docteur LABRY.

Pfannenstiël.

Kyste ovarique gauche uniloculaire du volume d'une pomme. Aucun tissu ovarien de ce côté. Castration gauche.

A droite, kyste multiloculaire, trompe perméable.

Résection du kyste ovarien. On ne laisse qu'une mince coque de tissu ovarien grosse comme un pois.

Revue en août 1928.

Règles conservées. Se plaint de quelques douleurs du côté droit avec irradiations légères dans la cuisse droite.

Revue en 1929.

Réglée régulièrement, en quantité normale jusqu'à il y a deux mois, peu, deux jours seulement depuis deux mois.

Examen génital: utérus position normale, mobile. Ovaire droit non perçu.

OBSERVATION IX

Conservation de l'utérus de la trompe droite et d'un quart de l'ovaire droit. — Excellent résultat.

Mme Mi..., 28 ans.

Vient pour grosse tumeur ovarienne.

Intervention 6 décembre 1927. — Docteur LABRY.

Longue laparotomie médiane.

Volumineux kyste ovarique gauche sous tension. Après ponction, évacuation de 2 à 3 litres de liquide.

Castration gauche.

A droite, salpingite légère. Libération des adhérences. Trompe perméable. Petit kyste multiloculaire de l'ovaire droit, gros comme une mandarine, ablation des trois quarts de l'ovaire.

Examen histologique:

Ovaire droit: sclérose et petits kystes sans signes de malignité.

Ovaire gauche: sur une lame de tissu fibreux dense à la surface, revêtement de formations papillaires très

irrégulières, dont les axes conjonctifs sont très lâches et oedémateux. L'épithélium qui revêt ces axes est irrégulier. Les cellules sont cylindriques, parfois renflées en massues, globuleuses et finissant par tomber à l'intérieur de la lumière. Certaines d'entre elles présentent à leur surface des cils. On trouve de temps à autre dans l'intérieur de la lumière des polynucléaires.

On a l'impression d'un épithélium germinatif, papillaire.

Malade revue le 1^{er} juillet 1929.

Malgré l'examen histologique pouvant faire penser à une tumeur maligne de l'ovaire, le résultat opératoire est excellent. La malade se considère parfaitement guérie, ne souffre plus, peut faire un travail pénible, a engraisé de 5 kg.

Règles régulières, durant trois à quatre jours en moyenne, pas de pertes blanches, pas de troubles de la ménopause; pas de grossesse ni de fausse couche.

Résultat parfait.

OBSERVATION X

*Conservation de l'utérus, de deux trompes,
et d'un cinquième de l'ovaire droit. — Très bon résultat.*

Mme Cha..., 40 ans

Vient pour kyste tordu de l'ovaire.

Intervention 15 décembre 1927.

Laparotomie médiane.

Ablation d'un volumineux kyste (5-6 litres) de l'ovaire gauche tordu cinq fois.

A droite, petit kyste de l'ovaire. Ablation des quatre cinquièmes de l'ovaire droit.

Revue le 15 juin 1929.

Depuis son intervention, les règles n'ont jamais cessé, sont parfois un peu irrégulières en leur date d'apparition avec intervalle entre les règles une fois de cinq semaines, une fois de 6 semaines. Règles durent trois à quatre jours en moyenne, ne sont aucunement douloureuses.

La malade peut faire un travail relativement pénible, ne présente aucun trouble de la ménopause, pas de céphalée, pas de vapeurs. A engraisé de 4-5 kg.

Examen génital: utérus normal mobile, ovaire droit non perçu et non douloureux, culs-de-sac souples.

Paroi abdominale très bonne malgré l'embonpoint.

OBSERVATION XI

Conservation de l'utérus, des deux trompes et d'un tiers de l'ovaire gauche. — Excellent résultat. — Une grossesse.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r GOULLIoud)

Mme G..., 22 ans.

Dysménorrhée ancienne retentissant sur l'état général, le tube digestif et donnant fréquemment un syndrome diarrhéique. Règles toujours très pénibles, sept à huit jours, douleurs avant les règles et après, laissant à peine huit jours de bon par mois.

Opérée en 1922, à l'âge de 20 ans, pour douleurs abdominales droites, sans crise appendiculaire nette.

Incision de pfannenstiel pour vérifier les ovaires. Appendicectomie, rien aux ovaires d'important.

Se marie en 1923, dysménorrhée persiste, s'accompagnant de pertes blanches très fluides. Plusieurs examens gynécologiques sont faits en 1924. Les douleurs sont d'abord attribuées à de la Douglassite sans lésions anne-

xielles. Du reste, aucune étiologie d'une salpingite: pas de bacillose (examen pulmonaire négatif); pas de blennorrhagie, pas d'infection puerpérale.

Un examen en juillet 1924 révèle un ovaire droit plus gros qu'un œuf de poule, les annexes gauches paraissent adhérentes au ligament utéro-sacré gauche.

Persistance de la dysménorrhée avec augmentation de la leucorrhée.

Un examen fait par le Docteur RÉCAMIER en août 1924 montra: Masse annexielle droite du volume d'une pomme située dans le cul-de-sac latéral droit. Du côté gauche, en arrière du col, petite masse très saillante, régulière et très douloureuse à la pression, qui peut être l'ovaire gauche ou une trompe moniliforme.

Enfin, M. le Professeur VILLARD voit la malade en septembre 1924 et confirme le diagnostic du Docteur RÉCAMIER en même temps qu'il insiste sur l'indication opératoire.

Intervention 20 octobre 1924. — Professeur VILLARD.
Laparotomie médiane.

On trouve un kyste de l'ovaire droit mal pédiculé avec une trompe saine.

Ablation de cet ovaire.

A gauche, l'ovaire présente aussi un kyste, mais avec une partie saine qui est conservée, représentant le tiers d'un ovaire normal, sous forme d'une petite cupule.

La trompe gauche saine est conservée. Utérus de volume normal.

Examen des pièces: kyste uniloculaire à contenu séro-hématique de l'ovaire droit. Petit kyste hématique de l'ovaire gauche.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Professeur agrégé J. MARTIN, a montré qu'il s'agissait d'un kyste sans caractère de malignité.

23 novembre 1924, apparition des règles à la date voulue. Par la suite, grosse amélioration, disparition de la

dysménorrhée, diminution de l'hydrorrhée en même temps grosse reprise de l'état général.

En 1926, les règles sont toujours normales, un peu longues, régulières, un peu douloureuses; reprise importante de poids, 51 kg au lieu de 41 kg.

Mme G..., désirant vivement une grossesse et un peu déçue à ce point de vue de son opération, on lui propose une dilatation utérine.

23 mars 1927, M. le Professeur VILLARD pratique une dilatation aux bougies de Hegar (N° 14). Curettage superficiel ne ramenant rien.

Discision de la lèvre postérieure du col. Cautérisation au chlorure de ZN.

Nouvelle amélioration, cessation des pertes blanches, augmentation de poids jusqu'à 57 kg.

En juin 1929, au retour d'un voyage en Italie, premiers symptômes d'une grossesse, mais malgré tout, en l'absence de symptômes nets de gravidité, on craint même la possibilité d'une ménopause anticipée; mais la grossesse se confirme et les signes de certitude apparaissent. Actuellement une grossesse presque à terme, à la grande joie de la jeune mère.

Ces deux interventions ont donc transformé et admirablement guéri cette malade et ont permis l'évolution d'une grossesse tant désirée par Mme G...

OBSERVATION XII

(Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après énucléation d'un petit kyste de l'ovaire. — Excellent résultat.

Mme For..., 19 ans.

ntervention 1 décembre 1924.

Laparotomie médiane.

A droite, il existe un kyste séreux, à paroi translucide, grosse trompe, ablation des annexes droites.

A gauche, il existe un autre kyste de l'ovaire, mais plus petit, du volume d'une grosse noix. Pour ne pas sacrifier le deuxième ovaire, on pratique l'énucléation intra-glandulaire du kyste dont la paroi paraît être enlevée en totalité.

Revue le 12 mars 1926, la malade se déclare guérie, peut faire un travail pénible. La malade est réglée normalement depuis l'intervention, pendant quatre ou cinq jours (les règles n'existaient pas avant l'intervention). Pas de douleurs, pas de troubles endocriniens.

Examen local: au toucher on sent l'utérus en position intermédiaire, l'ovaire restant est senti un peu gros, mais non douloureux.

OBSERVATION XIII

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un tiers de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Gr..., 27 ans.

Vient pour rétroversion et annexite droite.

Intervention 15 décembre 1928. — Docteur LABRY.

Pfannenstiel: à droite gros ovaire comme une mandarine à la fois fibreux et kystique. Castration.

A gauche, lésion ovarienne analogue mais plus discrète. Résection des deux tiers de l'ovaire.

L'examen histologique (Professeur agrégé J. MARTIN) a montré pour les ovaires droit et gauche, fibrome pur de l'ovaire.

Revue en septembre 1929, règles normales et régu-

lières depuis l'intervention, ne souffre aucunement au moment de ses périodes menstruelles. Pas de grossesse en cours.

OBSERVATION XIV

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un cinquième de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Fe..., 32 ans.

Réglée à 17 ans. Mariée à 18 ans. Règles irrégulières et abondantes. Six enfants, une fausse-couche il y un an et demi.

Vient pour crises douloureuses, pelviennes, bilatérales, correspondant à une masse annexielle droite antéutérine.

Intervention juillet 1929. — Docteur LABRY.

Kyste de l'ovaire droit, gros comme une orange, ablation des annexes droites. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Du côté gauche, lésion analogue du volume d'une noix verte.

Résection des quatre cinquièmes de l'ovaire gauche.

Raccourcissement des ligaments ronds à la Dudley.

Revue en décembre 1929.

Excellent état général et local. Règles conservées d'apparition normale et régulière.

OBSERVATION XV

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un cinquième de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Da..., 27 ans.

Vient pour douleurs pelviennes et pertes blanches. Régulée régulièrement 25-6. Depuis 8 mois, les règles deviennent douloureuses, durant deux jours seulement.

Ni enfant, ni fausse-couche.

L'examen montre un double kyste de l'ovaire, grosse orange à gauche, plus petit à droite.

Intervention 6 avril 1929. — Docteur LABRY.

Laparatomie médiane.

Double kyste ovarique. Ablation des annexes droites.

Résection de quatre cinquièmes de l'ovaire gauche.

L'examen histologique des deux ovaires fait par M. le Docteur agrégé DECHAUME a montré qu'il s'agissait d'un tératome de l'ovaire sans signe de dégénérescence maligne.

Malade revue le 15 juin 1929. Règles normales, non douloureuses. Tout va bien.

OBSERVATION XVI

Conservation de l'utérus, des deux trompes et d'un fragment d'ovaire minime à droite. — Excellent résultat.

Mme Fa., 30 ans.

Règles régulières, peu abondantes 28/2.

Une grossesse il y a vingt mois, vient pour douleurs abdominales violentes, datant de huit jours.

A l'examen, kyste de l'ovaire droit probablement tordu.

Intervention 20 février 1929. — Professeur VILLARD.

Laparotomie médiane.

A gauche, lésion de salpingite résiduelle. Trompe réduite à un cordon filiforme oblitéré. Ovaire de la grosseur d'une noisette blanc ivoire, consistance cal-

caire, présentant en certains points une coloration et une consistance caséeuses.

A droite, kyste ovarique constitué par une poche principale du volume d'une petite mandarine, une masse secondaire polykystique.

Trompe saine.

Ablation de l'ovaire gauche et de l'extrémité de la trompe.

En raison du jeune âge, conservation de la trompe et d'une très petite quantité d'ovaire par décollement des masses kystiques au niveau du hile. Il ne reste qu'une quantité infime de tissu ovarien.

L'examen des pièces a montré que l'ovaire gauche était constitué par un kyste dermoïque, minuscule, contenant une dent, une petite quantité de sébum, quelques poils.

A droite, la poche principale est également un kyste dermoïde contenant de nombreux cheveux longs. La masse polykystique paraît d'origine folliculaire.

L'examen histologique est confirmatif de toutes ces lésions.

2 avril 1929. — Règles non réapparues. Il y a 15 jours, a présenté tous les troubles qui précédaient habituellement ses règles mais sans aucune perte sanguine. Quelques troubles légers de ménopause, maux de tête, bouffées de chaleur.

Etat général excellent, a engraisé de 2 kilos en six mois.

En décembre 1929, la malade nous écrit que récemment ses règles sont réapparues pour la première fois, exactement 9 mois après son opération, sans aucune douleur, et durant 2 jours comme à l'ordinaire. Depuis elles se sont reproduites une fois avec les mêmes caractères.

3° *Ovarites kystiques bilatérales*

OBSERVATION XVII

Conservation de l'utérus, de la trompe d'un demi-ovaire gauche. — Excellent résultat.

Mme Bou..., 21 ans.

Réglée à 18 ans et très irrégulièrement avec périodes d'amménorrhée fréquente de 2 à 3 mois. Une grossesse il y a 2 ans. Douleurs abdominales et pelviennes diffuses avec pertes blanches.

Intervention 2 août 1927. — Docteur LABRY.

Pfannenstiel.

Rétroversion. Prolapsus des deux ovaires qui appaisent blancs nacrés, kystiques, le droit du volume d'une mandarine. C'est de ce côté que la malade souffrait le plus. Aussi castration unilatérale droite.

Résection ovarienne gauche en raison des kystes. Conservation d'une moitié d'ovaire.

Ligamentopexie DOUÉRIE.

Revue le 20 mai 1929. Malade ne souffrant plus et présentant un état général excellent. Les règles sont régulières, tous les 28 jours et durent 2 à 3 jours alors qu'auparavant, les périodes d'amménorrhée de 2 à 3 mois étaient fréquentes.

Etat local excellent.

OBSERVATION XVIII

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après énucléation d'un gros kyste œdémateux. — Résultat médiocre.

Mme Jo..., 29 ans.

Fausse-couche il y a un an et demi. Métrorragies abondantes, douleurs abdominales, échec du traitement médical.

Intervention le 27 août 1924.

Pfannenstiel. L'utérus est en rétroversion, les deux annexes sont très adhérentes, la trompe droite est basculée dans le Douglas.

A gauche, annexe adhérente, gros ovaire avec un kyste œdémateux, libération de la trompe; et énucléation du kyste.

À droite, grosse lésion annexielle, ablation des annexes et appendicectomie.

Fixation ligamentaire.

Revue le 24 avril 1925. Plus de douleurs, persistance de légère ménorragie, pertes blanches assez abondantes.

Au toucher, on constate que l'utérus reste un peu gros.

En janvier 1926, amélioration de la métrite, les ménorragies ont disparu, la malade peut travailler. Pas de troubles endocriniens.

OBSERVATION XIX

Conservation de la trompe droite et d'une parcelle d'ovaire droit. — Excellents résultats.

Mme Jo..., 33 ans.

Vient pour petites crises douloureuses abdominales avec irradiations pelvienne et lombaire surtout à l'occasion des règles qui ne sont pas modifiées. Règles 21/5.

Intervention 18 janvier 1928.

Laparotomie médiane.

On découvre deux petits kystes de l'ovaire, le gauche

du volume d'un œuf de poule, le droit d'une amande verte. Trompe et utérus sains.

Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche, énucléation intraovarienne d'un petit kyste de l'ovaire droit à contenu absolument clair.

L'examen histologique montre un kyste à paroi fibreuse avec revêtement épithélial cubique unistratifié sans signe de transformation maligne. Même aspect sur les deux ovaires.

Revue le 25 juin 1929. Malade guérie parfaitement.

Etat général excellent. Règles normales, très régulières durant 4 ou 5 jours, abondantes. Pas de signes de ménopause, malade enchantée de l'intervention.

OBSERVATION XX

Conservation de l'utérus, des trompes et de fragments d'ovaire minimes. — Résultat imparfait.

Mme Cha..., 40 ans.

Vient pour dysménorrhée douloureuse, douleurs particulièrement violentes depuis 8 mois; réclame une intervention.

Intervention le 28 mars 1925.

Pfannenstiel.

Utérus rétrofléchi, annexes collées dans les gouttières latérales, adhérences, multiples et serrées, libération difficile des deux annexes, les trompes apparaissent saines, mais les deux ovaires sont volumineux et kystiques; l'ovaire droit contient un gros kyste poisseux, brun noir, l'ovaire gauche contient plusieurs kystes, les uns séreux, les autres goudronneux, certains se vident donnant un contenu pâteux.

Résection des kystes ovariens, conservation de fragments d'ovaires minuscules des deux côtés.

Fixation à la Pellanda.

Examen histologique: il s'agit de kystes hématiques du corps jaune, pas de lésion d'endométriome.

Revue le 23 avril 1926. La malade va bien, a repris 3 kilos. Elle n'a été réglée qu'une fois depuis l'intervention. Il est difficile en raison de l'âge de la malade d'apprécier au juste cette ménopause. La malade ne souffre guère, peut travailler et ne se plaint que de maux de tête.

OBSERVATION XXI

Conservation de l'utérus, de la trompe droite et d'un fragment minuscule de l'ovaire droit. — Excellent résultat. — Une grossesse.

Mme Br..., 33 ans.

Vient pour troubles des règles qui sont irrégulières et douloureuses.

Un enfant, une fausse-couche.

A l'examen: Utérus en position normale, masse annexielle gauche kystique du volume d'une orange.

Intervention 29 décembre 1926. — Docteur LABRY.

Pfannenstiël.

Du côté gauche, kyste de l'ovaire du volume d'une orange adhérent à la paroi. Libération à la main et ablation des annexes gauches.

A droite, ovaire plongé dans le Douglas, gros comme une grosse noix verte, polykystique. On enlève une masse kystique principale et on ne laisse qu'un fragment ovarien gros comme une bille.

Malade revue le 30 mai 1929.

Excellent résultat. Règles normales durant 4 ou 5 jours, d'abondance moyenne, très régulières, sans douleur. Aucun trouble de la ménopause, pas de pertes blanches. La malade a eu depuis son intervention *une grossesse* ayant évolué à terme, sans accident. *Accouchement en février* 1928, un an après l'intervention d'un enfant à terme de poids normal.

OBSERVATION XXII

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus, de la trompe gauche et d'un fragment d'ovaire minuscule. — Excellent résultat.

Mme Go..., 23 ans.

Intervention le 30 octobre 1924.

On trouve à droite un kyste de l'ovaire hématique du volume d'une tête fœtale. Adhérences et lésions tubaires. Castration unilatérale droite.

À gauche, il existe également un kyste hématique de la grosseur d'un œuf de poule. Enucléation intra-glandulaire ; il ne subsiste qu'un moignon d'ovaire minuscule.

Malade revue en mai 1926.

On a eu, à plusieurs reprises, des nouvelles de la malade qui se porte très bien. Les règles sont absolument régulières et durent 5 jours. Disparition des douleurs, pas de trouble endocrinien. La malade a notablement engraisé et se déclare enchantée de l'opération.

OBSERVATION XXIII

Conservation de l'utérus, des deux trompes et de la moitié de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Une grossesse.

Mme Pé..., 32 ans.

Depuis 7 ans, douleurs pelviennes à peu près continues.

Depuis 3 ans, après une amélioration passagère par un traitement médical, aggravation de ces phénomènes douloureux qui interdisent tout travail pénible. Règles 30/8 légèrement douloureuses.

Un enfant il y a 15 ans.

Intervention le 20 février 1928. — Docteur LABRY.

Pelvipéritonite adhésive lâche.

Kyste de l'ovaire droit, du volume d'une orange.
Castration droite.

A gauche, ovaire avec kyste hémorragique du volume d'une noix verte.

Hémi-résection ovarienne.

Utérus normal.

Malade revue le 25 mai 1929.

Excellent résultat.

Revue janvier 1930. Grossesse de 3 mois.

OBSERVATION XXIV

Conservation de l'utérus, des trompes et d'un quart de l'ovaire gauche. — Echec.

Mme Se..., 36 ans.

Règles irrégulières depuis la puberté. Mariée, ni enfant ni fausse-couche.

Depuis un an, aménorrhée presque complète, une période menstruelle il y a 6 mois. Douleurs pelviennes et hypogastriques.

Gros amaigrissement, 10 kilos en un an.

Intervention le 25 janvier 1929. — Docteur LABRY.

Pfannenstiël.

Kyste ovarique droit en prolapsus dans le Douglas.

Castration unilatérale droite.

Ovaire gauche scléro-kystique avec zone très dure.

Résection des trois quarts de l'ovaire.

Plicature des ligaments ronds à la Dudeley.

Malade revue le 18 mai 1929.

Echec complet. La malade, depuis son intervention, n'a pas revu ses règles et accuse quelques troubles de la ménopause, céphalée, vertiges, vapeurs. Etat général nettement amélioré. La malade a engraisé de plusieurs kilos.

Malgré l'apparence saine du fragment d'ovaire restant, la malade n'a pas présenté à nouveau de périodes menstruelles. C'est donc un échec pour cette conservation parcellaire. Mais il faut noter que, déjà auparavant, la malade était en aménorrhée complète et que certainement, malgré l'aspect anatomique normal de l'ovaire restant, il s'agissait d'un ovaire en état de disfonctionnement maximum.

OBSERVATION XXV

Conservation de l'utérus, des deux trompes et de fragments minuscules des ovaires. — Très bon résultat.

Mme Je..., 20 ans.

Premières règles à 16 ans. Deuxièmes règles 2 mois plus tard. Depuis aménorrhée complète.

Mariée depuis 2 ans. Ni grossesse, ni fausse-couche.

Quelques douleurs pelviennes et sacrées, exagérées par la fatigue.

Nausées fréquentes avec vomissements.

Examen : gros ovaire kystique gauche du volume d'un œuf de poule, un peu sensible.

A droite, ovaire également gros plaqué contre la paroi pelvienne.

Intervention le 2 février 1929. — Professeur VILLARD. Pfannenstiël.

Utérus petit volume avec au-dessous les deux ovaires très gros et franchement polykystiques. A leur surface arborisations vasculaires très visibles. Trompes complètement saines.

Double résection partielle des ovaires en enlevant sur **chaque** organe au moins les trois quarts de tissu ovarien, et en ménageant soigneusement la frange tubo-ovarique.

Malade revue à plusieurs reprises. Les règles sont réapparues en mars, un mois après l'intervention, non douloureuses.

Revue le 2 mai 1929. A eu depuis, mars, ses règles régulièrement; elles durent 6 jours, d'abondance normale, non douloureuses.

12 septembre 1929, règles toujours régulières, utérus en bonne position, sans changement de volume, annexes non douloureuses.

28 janvier 1930, la malade revient parce qu'elle présente un retard de règle de 15 jours, avec quelques nausées. L'examen montre un col utérin un peu ramolli, l'utérus ne paraît pas augmenté de volume, les annexes ne sont pas perçues. Pas de troubles de la ménopause. Il peut donc bien s'agir d'une grossesse à son extrême début.

OBSERVATION XXVI

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus, des deux trompes après ablation de l'ovaire droit et d'une résection partielle de l'ovaire gauche. — Bon résultat.

Mme Nig..., 28 ans.

Grossesse angulaire de 2 mois suivie d'une fausse-couche en novembre 1925 et ayant nécessité un curage. Métrorrhagie et pertes blanches en décembre, depuis douleurs abdominales et température.

Intervention le 10 février 1926.

Laparotomie médiane.

A droite, ovaire scléro-kystique. Grosse lésion et adhérences, ablation de l'ovaire après sa libération.

A gauche, ovaire également kystique très adhérent mais lésions moins accentuées. On se contente d'une résection d'un kyste le plus volumineux et l'on pratique une cautérisation des autres.

Revue en avril 1926.

Bon état général, règles normales et indolores de 4 jours, peut travailler.

Se plaint cependant de douleurs vagues, abdominales, au toucher on sent, à gauche, l'ovaire gros et douloureux.

Pas de signe d'insuffisance ovarienne.

Malade revue depuis, présente grosse amélioration avec diminution considérable de lésions ovariennes constatées au premier examen.

OBSERVATION XXVII

Conservation de l'utérus, trompe G, partie de l'ovaire gauche. — Excellent résultat. — Une grossesse.

Mme Br..., 20 ans.

Vient pour rétroversion complète adhérente avec gros ovaire droit.

Intervention le 12 novembre 1927. — Docteur LABRY, Pfannenstiel.

Rétroversion utérine complète.

A droite, gros ovaire dur, scléreux. Castration.

A gauche, énucléation d'un petit kyste ovarique.

Fixation utérine Doléris Pellanda.

Malade revue le 27 juin 1929. Depuis l'intervention, règles régulières, d'abondance normale et non douloureuses.

Etat général parfait.

Il y a 6 mois, *accouchement à terme* d'un enfant de poids normal après une grossesse simple, *c'est-à-dire un an* après l'intervention.

B. — Interventions conservatrices ménageant la menstruation

1° *Annexites doubles*

OBSERVATION XXVIII

*Conservation de l'utérus et de un cinquième
de l'ovaire gauche. — Excellent résultat.*

Mme Ba..., 23 ans.

A eu une salpingectomie gauche pour annexite puerpérale, il y a 7 ans.

Revient pour un gros pyosalpinx droit du volume d'un gros poing.

Intervention le 5 février 1929. — Professeur VILLARD.
Laparotomie médiane.

Utérus en position normale. Gros pyosalpinx droit.
A gauche, ovaire avec légère dégénérescence kystique.

Ablation des annexes droites. Résection de l'appendice qui plonge dans le bassin, y est fixé offrant des si-

gnes nets d'une inflammation probablement d'origine périphérique.

Résection des quatre cinquièmes de l'ovaire gauche.

Malade revue le 25 mai 1929.

Depuis son intervention, malade ne présentant plus aucun trouble douloureux. Etat général parfait, a engraisé de 5 kilos. Règles normales depuis l'opération, très régulières, durant 3 jours, d'abondance normale, alors qu'avant son intervention, elles étaient très irrégulières, avec souvent 2 à 3 mois de retard ou au contraire survenant 2 fois par mois.

Aucune perte blanche.

Aucun trouble endocrinien.

Pas de trouble du sens génital.

La malade peut faire un travail pénible.

Très bon résultat.

OBSERVATION XXIX

Conservation de l'utérus et d'une parcelle de l'ovaire droit. — Excellent résultat.

Mme Al..., 35 ans.

Vient pour douleurs pelviennes.

Annexite kystique gauche d'origine puerpérale probable de date ancienne.

Intervention le 1^{er} octobre 26. — Professeur VILLARD.

Pfannenstiël haut.

Le cul de sac antérieur et latéral gauche est occupé par un volumineux hydrosalpinx adhérent au péritoine pariétal et au colon pelvien.

Les adhérences recouvrent le fond utérin en situation intermédiaire et qui ne peut être relevé.

Salpingite droite sans distension, plongeant dans le

bassin, le tout fortement immobilisé par des adhérences paraissant anciennes.

Ablation des annexes gauches en rétrograde.

Toute tentative de conservation de la trompe droite doit être abandonnée.

On enlève en rétrograde sous-séreuse.

Conservation de l'ovaire droit qui présente de petites formations kystiques, 3 ou 4, que l'on résèque. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires parfaites.

Revue le 10 janvier 1930.

Règles très normales comme date, durant 4 jours, assez abondantes.

Disparition des douleurs. Très bon état général, n'a pas manqué un jour son travail.

Pas de pertes blanches, ne souffre pas du ventre habituellement.

A engraisé et présente toutes les apparences d'une bonne santé.

Se plaint de petits troubles circulatoires des membres, varices et engelures de l'adolescence. Se déclare transformée depuis l'opération.

Au toucher, utérus en rétroversion, peu mobile, pas de douleurs, corps utérin un peu gros, cul-de-sac libre.

A droite, on perçoit une petite masse qui paraît être l'ovaire.

En somme, excellent résultat.

OBSERVATION XXX

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus et d'un fragment d'ovaire gauche. — Excellent résultat.

Infection blennorragique probable.

Intervention le 1^{er} avril 1920.

Grosse lésion annexielle bilatérale.

Ablation de l'annexe droite, très adhérente à l'S iliaque.

A gauche, salpingectomie et conservation d'une partie minime de l'ovaire gauche.

Revue en février 1926.

Réglée assez abondamment 5 jours et régulièrement.

Pas de pertes blanches.

Aucun trouble de ménopause chirurgicale.

Au toucher : rien de particulier sauf un utérus un peu gros.

Signes de tabès au début (signes pupillaires nets, réflexes rotuliens abolis).

OBSERVATION XXXI

Conservation de l'utérus, d'un minuscule fragment ovarien gauche pris dans un meso lié. — Résultat imparfait.

Mme Mi..., 38 ans.

Vient pour rétroversion et double masse annexielle consécutives à un accouchement ancien.

Intervention le 15 mars 1928. — Docteur LABRY.

Double pyosalpinx du volume d'une mandarine.

Ablation des deux annexes.

Un minuscule fragment d'ovaire gauche reste pris dans un méso ligaturé.

Conservation de l'utérus.

Fixation des ligaments ronds à la Dudley.

Revue le 1^{er} juin 1929. Après son intervention, période d'aménorrhée de 6 mois.

Depuis presque un an, n'a eu que 4 ou 5 périodes menstruelles ayant duré les unes 8 jours, les autres 3. Depuis 2 mois, aménorrhée.

Se plaint de céphalée, bouffées de chaleurs, troubles visuels, à eu des poussées de subictère.

Ne souffre plus du tout du ventre, pas de pertes blanches.

Examen génital négatif.

L'examen montre, en outre, un foie un peu gros, étant donné la teinte subictérique des conjonctives, des crampes musculaires fréquentes. On soupçonne un éthy-lisme que la malade finit par avouer. D'autre part, réflexe rotulien très faible, inégalité pupillaire manifeste, pupil-les réagissant faiblement à la lumière.

On est donc en présence d'un résultat très médiocre au point de vue menstruation mais on a vu qu'il s'agis-sait d'un fragment ovarien certainement mal irrigué comme d'autre part il s'agit d'une malade éthylique et tabétique, cet insuccès s'explique facilement.

OBSERVATION XXXII

Conservation de l'utérus et d'un cinquième de l'ovaire droit. — Excellent résultat.

Mme Du..., 37 ans.

Vient pour douleurs abdomino-pelviennes causées par une rétroversion adhérente. Règles irrégulières et très douloureuses.

Intervention le 21 novembre 1928.

Pfannenstiel. — *Professeur VILLARD.*

Rétroversion complète. Annexites doubles résiduelles, les deux trompes sont oblitérées.

Castration gauche avec conservation du ligament rond.

A droite, ablation de la trompe en rétrograde.

Résection des quatre cinquièmes de l'ovaire droit avec conservation d'un tout petit fragment.

Ligamentopexie à la Pellanda.

Revue le 28 décembre 1929.

La malade a été très améliorée depuis son opération et a notablement engraisé. Les règles sont actuellement très régulières et indolores ce qui, depuis longtemps ne s'était jamais produit. Pas de trouble endocrinien.

Pas de pertes blanches.

Examen génital négatif.

OBSERVATION XXXIII

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus seul avec greffe ovarienne épiploïque. — Excellent résultat.

Mme Cha..., 19 ans.

Antécédents blennorragiques probables, échec du traitement médical, mauvais état général avec température.

Intervention le 19 septembre 1925.

Annexites suppurées bilatérales nécessitant l'ablation des deux annexes.

Etant donné le jeune âge de la malade, on pratique une auto-greffe dans l'épiploon.

Conservation de l'utérus, pas de drainage.

Revue en mai 1926. La malade va très bien et peut travailler. Elle a engraisé de 3 kilos. Jusqu'en avril, elle n'a pas été réglée, puis des règles à peu près normales sont apparues et les signes très nets, bouffées de chaleur, fréquentes, irritabilité qu'elle présentait ont

disparu depuis cette époque. A la même date, elle a constaté un gonflement des seins passager.

Excellent résultat.

OBSERVATION XXXIV

Conservation de l'utérus et d'un fragment ovarien gauche.

Mme Té..., 22 ans.

Depuis 3 mois, règles plus fréquentes et abondantes durant 8 à 9 jours, avec douleurs pelviennes et abdominales.

Mariée il y a 6 mois. Pas de fausse-couche.

Intervention le 28 octobre 1927.

Laparotomie médiane.

Kyste de l'ovaire droit adhérent du fait d'une réaction inflammatoire autour d'un pyosalpinx gauche.

Castration droite.

A gauche, salpingectomie rétrograde. Enucléation d'un petit kyste ovarique gauche.

Revue en juin 1929. Malade ne souffre plus, les règles sont très régulières mais sont abondantes pendant 8 à 10 jours. Cette abondance n'ayant cédé ni au traitement médical ni au traitement opothérapique.

Pas de pertes blanches.

Examen génital négatif.

OBSERVATION XXXV

*Conservation de l'utérus et d'un tiers d'ovaire droit.
Excellent résultat.*

Mme Pa..., 30 ans.

Vient pour annexite double.

Intervention le 22 janvier 1927. Professeur VILLARD.
Laparotomie médiane.

Double annexite suppurée du volume d'un poing à gauche, d'un œuf de dinde à droite. Libération des adhérences. Evacuation par aspiration d'une collection **gauche** (100 à 150 grammes de pus).

Ablation sous-séreuse de la trompe droite du diamètre d'un gros pouce, longue de 15 à 18 centimètres, à contenu purulent. L'ovaire droit présente une dégénérescence inflammatoire kystique, on en résèque les deux tiers périphériques, siège de kystes. Conservation du fragment central semi-lunaire.

Ablation des annexes gauches.

Fermeture sans drainage. Suites opératoires normales.
Malade revue le 3 septembre 1929.

Parfaitement guérie depuis son intervention, ne souffre plus, peut faire un travail pénible, a engraisé de 6 kilos.

Réglée régulièrement depuis son opération, mais règles un peu irrégulières en abondance (3 à 5 jours). Pas de pertes blanches.

OBSERVATION XXXVI

Conservation de l'utérus et d'un fragment ovarien gauche. — Excellent résultat.

Mme Du..., 26 ans.

Salpingite double post-partum.

16 mars 1927. Laparotomie médiane.

Ablation d'un gros pyosalpinx droit très adhérent à coque très épaisse. Castration droite en rétrograde.

A gauche, salpingite adhérente avec ovaire kystique. Toute opération ménageant la fécondation est impossible.

Salpingectomie rétrograde gauche.

Conservation d'un fragment de coque ovarienne gauche bien irrigué.

Revue le 12 juillet 1929. Bon état général, aucun signe de ménopause.

Règles très régulières, d'abondance moyenne et nullement douloureuses.

Pas de pertes blanches.

Toucher vaginal : utérus normal légèrement immobilisé par la rétraction du Douglas qui est effacé.

On fait à la malade une série de columnisations du vagin qui amène une amélioration très nette et rend aux culs-de-sac vaginaux leur souplesse normale.

OBSERVATION XXXVII

(In Thèse LABRY)

Conservation de l'utérus et greffe ovarienne.

Excellent résultat.

Mme Rou., 29 ans.

Long passé génital, une colpotomie en 1923.

Intervention le 24 septembre 1925.

Pfannenstiël.

On trouve une annexite bilatérale ancienne avec poches multiples de pelvipéritonite. Les deux annexes sont très adhérentes, leur libération est laborieuse.

A gauche, ovaire kystique, trompe fermée.

A droite, **essais de salpingostomie et de conservation ovarienne absolument impossibles.**

On pratique alors l'ablation des deux annexes et une conservation de l'utérus avec greffe d'un fragment d'ovaire dans l'épiploon.

Revue en avril 1926. Règles normales de 4 jours, ap-

parues après une période d'aménorrhée de 3 mois. Disparition des quelques troubles de la ménopause que la malade présentait à cette époque.

Excellent état général.

OBSERVATION XXXVIII

Conservation de l'utérus et d'un cinquième de l'ovaire droit. — Résultat imparfait.

Mme Vi..., 21 ans.

Vient pour annexite bilatérale post-partum survenue après un accouchement, il y a 3 mois.

15 mars 1929. — Professeur VILLARD. — Laparotomie médiane.

Double annexite suppurée beaucoup plus volumineuse à gauche.

Utérus en rétroversion complète adhérente.

Après libération et en raison du jeune âge on pratique :

Ablation complète des annexes gauches.

Salpingectomie rétrograde sous-séreuse droite.

Conservation partielle, un cinquième environ de l'ovaire droit malgré la présence d'un *foyer ovarien suppuré*.

Correction de la rétroversion à la Willie.

Revue le 4 septembre 1929. Les règles sont venues régulièrement depuis l'opération mais elles sont abondantes, 10 à 12 jours et parfois assez douloureuses pour obliger la malade à s'aliter.

Examen génital : utérus bien fixé. A droite, petite masse latéro-utérine légèrement douloureuse.

Ce résultat médiocre avec métrorragie douloureuse est consécutive à une résection ovarienne pour lésion

suppurée. Or, nous savons que c'est là une indication très limitée et ce résultat vient bien là pour le prouver.

OBSERVATION XXXIX

(In Thèse LABRY)

*Conservation de l'utérus et d'un fragment minime
de l'ovaire gauche. — Bon résultat.*

Mme Ri..., 29 ans.

Intervention le 27 novembre 1925. Laparotomie médiane.

Grosse annexite suppurée bilatérale bloquant l'entrée du Douglas et refoulant en avant un petit utérus; tentative d'intervention conservatrice.

A gauche, on commence par libérer les annexes et l'on parvient à conserver un lambeau tout à fait minime d'ovaire bien que la lésion soit plus ovarienne que salpingée.

A droite, ablation de l'annexe en totalité.

La face droite de l'utérus reste dénudée, il est nécessaire de lier l'artère utérine droite. En raison des phénomènes infectieux récents, on place un petit Mickulicz.

Revue en avril 1926. La malade va très bien, a engraisé et peut travailler. Les premières règles après l'opération ont duré 4 jours et ont été douloureuses. Les suivantes ont été régulières, de même durée et sans douleur.

Frigidité génitale : particulièrement accentuée en février, depuis, retour à la normale.

OBSERVATION XL

Conservation de l'utérus et de la moitié de l'ovaire droit. — Excellent résultat.

Mme Du..., 30 ans.

Intervention 6 août 1929. — Docteur LABRY. Laparotomie médiane.

A gauche, kyste tubo-ovarique du volume d'une grosse aubergine, adhérent au Douglas.

Formation analogue à droite mais plus petite.

Ces deux lésions coïncident avec un adénomyome en noisette bilatéral au niveau des cornes.

Libération pénible des adhérences.

Résection en rétrograde du kyste tubo-ovarique gauche et de l'annexe kystique droite avec résection de la moitié de l'ovaire droit.

Résection des deux adénomyomes, conservation utérine.

Malade revue le 10 septembre 1929. Va très bien. A déjà eu 2 fois ses règles depuis l'opération, règles normales, sans douleur, pas de pertes blanches. Examen local négatif.

Résultat excellent mais récent.

OBSERVATION XLI

Conservation de l'utérus et d'un fragment minuscule de l'ovaire gauche. — Résultat imparfait.

Mme Re..., 22 ans.

Annexite double.

Intervention le 5 mars 1929. — Professeur VILLARD. Laparotomie médiane.

Après libération de nombreuses adhérences coiffant le fond utérin.

Libération de la trompe droite en situation élevée, distendue par un pyosalpinx, entourée de plusieurs collections de péritonite séreuse. Poches purulentes dans le Douglas.

Libération des annexes gauches de petit volume mais très adhérentes.

Trompe hypertrophiée et fermée avec des lésions parenchymateuses et présence d'un nodule au niveau de la corne utérine.

Ovaire gauche kystique.

Castration droite.

Salpingectomie rétrograde gauche.

Résection presque totale de l'ovaire gauche dont on ne conserve qu'une petite cupule au niveau du hile.

Revue le 30 mai 1929. La malade accuse à ce moment des douleurs abdominales et pelviennes survenues il y a une dizaine de jours au moment d'une période menstruelle qui était la deuxième depuis son intervention. Ces douleurs sont assez vives pour obliger la malade à se reposer fréquemment et s'accompagnèrent au début de frissons et de température.

Depuis quelques jours, ténesme rectal et difficulté de la miction.

Examen : collection liquide du Douglas qui double le fond utérin.

La malade rentre à nouveau à l'hôpital, et le 5 juin, après ponction du Douglas, on fait une colpotomie qui donne une assez grande quantité d'un liquide limpide couleur acajou. Un examen chimique du liquide a montré qu'il s'agissait de sérum sanguin.

La malade, revue plus tard, a présenté à nouveau des règles à intervalles réguliers, mais cet accident douloureux suivi d'une hématocele pelvienne ne s'est pas reproduit et les dernières règles ont été indolores.

OBSERVATION XLII

*Conservation de l'utérus et d'un petit fragment
de l'ovaire droit. — Excellent résultat.*

Mme Da..., 20 ans.

Vient pour pyosalpinx double consécutif à un avortement récent.

Intervention 13 juillet 1929. — Professeur VILLARD.
— Laparatomie médiane.

Annexite bilatérale suppurée pour laquelle on conserve l'utérus et un fragment de l'ovaire droit.

Fermeture sans drainage.

Revue fin décembre 1929. Etat général et local excellent. Les règles sont revenues régulièrement et sans douleur. Pas de pertes blanches. La malade peut faire un travail pénible.

Excellent résultat mais récent.

OBSERVATION XLIII

*Conservation de l'utérus et d'un tiers d'ovaire.
Résultat excellent.*

Mme Fa..., 21 ans.

Vient pour annexite double.

Intervention 23 mars 1927. — Professeur VILLARD.

Laparatomie médiane.

Double pyosalpinx plongeant dans le Douglas. A gauche; poche de péritonite séreuse.

La conservation des trompes est impossible.

A droite castration.

A gauche, salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Conservation du tiers du tissu ovarien sous forme d'une petite cupule.

Malade revue décembre 1927. Les règles sont réapparues le 18 novembre et ont duré 4 jours sans aucun phénomène douloureux.

L'examen génital montre un utérus mobile non douloureux, les culs-de-sac sont souples.

Pas de pertes blanches.

Très bon résultat.

OBSERVATION XLIV

Conservation de l'utérus et de fragments minuscules d'ovaire gauche. Tuberculose annexielle. — Résultat imparfait.

Mme Gon..., 32 ans.

Vient pour douleurs pelviennes et gros amaigrissement.

Intervention 16 avril 1929. — Docteur LABRY.

Pfannenstiel.

Tuberculose péritonéale et annexielle avec nombreuses adhérences épiploïques vésico-utérines. Péritoine couvert de granulations.

Grosse trompe droite très distendue venant coiffer le fond utérin.

Trompe gauche également distendue, fermée avec chapelet de nodules caséeux.

Ovaire gauche dans un état un peu plus satisfaisant.

Castration droite.

Castration gauche en passant le plus près possible de l'ovaire, avec l'espoir que les débris ovariens resteront suffisamment pour la menstruation.

Conservation de l'utérus.

Fermeture sans drainage.

Examen histologique des trompes fait par le Profes-

seur agrégé DECHAUME montre qu'il s'agit bien de tuberculose annexielle.

Malade revue en novembre 1929. A présenté à deux reprises une petite perte sanguine ayant duré 6 jours sans phénomène douloureux, ne souffre plus du tout du ventre, a engraisé de 8 kgs, pas de troubles de la ménopause, à peine quelques céphalées passagères.

Malade revue 15 janvier 1929. Les règles sont venues irrégulièrement depuis le dernier examen et ont constitué chaque fois en une petite perte sanguine de minime abondance. Aucun trouble de la ménopause. De plus, reprise considérable de l'état général, reprise de 12 kgs.

Examen génital : utérus en position intermédiaire un peu dévié à droite, mobile. A gauche, dans le cul-de-sac postérieur, masse kystique rénitente non inflammatoire.

Le résultat est médiocre au point de vue de la conservation de la menstruation, bien que la malade n'accuse aucun phénomène douloureux, mais néanmoins les règles ne sont revenues qu'irrégulièrement, mais surtout il faut noter une grosse amélioration de l'état général très appréciable pour ces lésions de bacillose génitale.

2° *Ovarites kystiques bilatérales*

OBSERVATION XLV

Conservation de l'utérus et d'un fragment minime de l'ovaire droit.

Mme Br..., 24 ans.

Opérée en 1924 pour annexite gonococcique avec salpingectomie double et ablation de l'ovaire gauche. Fixation utérine. L'ovaire droit était microkystique, cautérisation simple.

Depuis son intervention, les règles sont réapparues régulièrement jusqu'en décembre 1925, mais étaient douloureuses les 2 ou 3 jours qui les précédaient.

Depuis un an, règles très irrégulières, aménorrhée de 2 à 3 mois suivie de règles survenant tous les 20 jours ou même 2 fois par mois.

Toucher vaginal, utérus en position normale, cul-de-sac gauche parfaitement souple. A droite, masse ovarienne du volume d'un gros œuf de dinde, fixé.

Intervention 11 décembre 1926. — Professeur VILLARD.
— Laparatomie médiane.

Utérus petit, en bonne situation, nombreuses adhérences épiploïques et péritonéales recouvrant l'ovaire droit en pleine dégénérescence kystique du volume d'un gros œuf de dinde. Un des kystes à paroi très mince a filé sous le feuillet inférieur du ligament large.

Ablation en bloc de l'ovaire en passant cependant très au ras de son insertion.

Malade revue 2 juin 1927. Réglée normalement jusqu'à ces derniers mois.

Revue 18 août 1927. Très bon état général, augmentation de poids. Les règles persistent normales dans leur date d'apparition et leur abondance. Pas de trouble de la ménopause.

Examen génital : utérus légèrement refoulé à droite. Dans le cul-de-sac gauche, petit nodule du volume d'une noix, très peu sensible au toucher et paraissant être l'ovaire.

Ce résultat survenu après un insuccès consécutif à une première intervention montre que chez cette malade on a pu conserver la menstruation après l'ablation presque totale du seul ovaire restant. La cautérisation faite primitivement sur cet ovaire en dégénérescence kystique n'avait amené aucune guérison, mais au contraire avait été suivie de troubles dysménorrhéiques graves alors que la résection a fait cesser tous ces symptômes.

3° *Tumeurs kystiques bilatérales*

OBSERVATION XLVI

*Conservation de l'utérus et d'un quart de l'ovaire gauche.
Excellent résultat.*

Mme Co..., 35 ans.

Intervention 25 octobre 1928. — Professeur VILLARD.

— Laparatomie médiane.

Kyste de l'ovaire droit tordu avec pédicule très œdématié.

Castration droite.

A gauche, kyste tubo-ovarien.

Salpingectomie rétrograde avec résection des 3/4 de l'ovaire.

Malade revue 18 mai 1929. Parfaitement guérie depuis l'intervention.

Réglée très régulièrement, beaucoup mieux qu'avant, pendant 4 à 5 jours avec une intensité moyenne.

Pas de pertes blanches, pas de troubles de la ménopause.

Etat général parfait, a engraisé d'une façon notable. ne souffre plus du tout.

Excellent résultat.

OBSERVATION XLVII

*Conservation de l'utérus et d'un fragment d'ovaire gauche
Résultat imparfait.*

Mme Mon..., 29 ans.

Ablation de l'ovaire droit en 1921. Depuis 2 mois,

apparition de métrorragies presque quotidiennes apparues sans cause, sans aucun retard de règles. Jusqu'à cette date, les règles étaient restées normales.

Intervention 6 octobre 1926. — Laparatomie médiane.

Gros kyste inflammatoire de l'ovaire gauche.

Ablation des annexes gauches.

Bien que l'ovaire droit ait été enlevé antérieurement, on conserve l'utérus qui ne paraît pas malade, dans l'espoir d'une menstruation, grâce à des débris ovariens que l'on a laissés au niveau du hile de l'ovaire.

Malade revue mars 1927.

Conservation des règles sans phénomène de ménopause. Les règles sont régulières mais abondantes (12 jours).

Malade revue 29 octobre 1929. Persistance de la menstruation toujours abondante, apparition de quelques phénomènes douloureux dans les membres inférieurs, vraisemblablement symptomatiques d'une sciatique d'origine indéterminée.

Examen génital négatif.

Conclusions

1° S'il est possible de guérir une femme par une castration totale rapide et brillante, le cortège des troubles de la ménopause post-opératoire vient souvent faire payer d'une rançon trop lourde cette large mutilation.

Si la chirurgie conservatrice dans les lésions annexielles bilatérales peut être poussée à l'extrême par la conservation de l'utérus seul, si dans des cas heureux on peut ménager la fécondation par le maintien d'une trompe, on peut souvent faire bénéficier la femme de la simple menstruation par la conservation utéro-ovarienne.

2° Une très minime parcelle, une mince lamelle d'ovaire suffit, pour avoir une fonction glandulaire normale.

3° L'étude histo-physiologique expérimentale, l'étude clinique montrent que le fragment d'ovaire laissé s'hypertrophie rapidement avec néoformation d'un tissu ovarien normal, susceptible de produire des ovules et de maintenir par sa sécrétion interne la synergie des glandes endocrines.

4° Mais pour que le fragment ovarien vive, il faut avant tout qu'il soit assuré d'une irrigation suffisante. Il faut également que la parcelle laissée soit saine, sans lésions de dégénérescence ou inflammatoires, sinon l'ovaire devient rapidement douloureux et peut s'accompagner de troubles importants locaux et généraux.

5° Dans les tumeurs bénignes bilatérales, dans les ovarites kystiques bilatérales, on trouve presque toujours d'un côté au niveau du hile une zone ovarienne normale.

Dans les lésions inflammatoires des annexes, le processus infectieux frappe souvent les ovaires d'une façon superficielle et en tout cas d'une manière beaucoup moins grave, dans la majorité des cas, que les trompes.

6° La conservation parcellaire de l'ovaire est indiquée :

a) *dans les tumeurs bilatérales* des ovaires, à condition qu'elles aient les caractères habituels de bénignité, c'est-à-dire dans les :

kystes séreux doubles ;

fibromes doubles ;

kystes dermoïdes doubles.

b) *Dans les ovarites chroniques doubles*, c'est-à-dire :
les ovaires à kystes multiples mais gros, à contenu séreux ou hématique ;

les ovaires œdémateux simples ;

les ovaires scléreux, blanchâtres. Il faut **garder là le moins douloureux.**

Au contraire, l'ovarite micro-kystique diffuse avec névralgies pelviennes ne saurait imposer d'une façon systématique la conservation parcellaire, car il semble bien s'agir là de lésions complexes, où la dégénérescence kystique de l'ovaire n'est pas seule en cause et ne constitue qu'une partie de l'étiologie de ces troubles fonctionnels.

c) *Dans les annexites chroniques doubles :*

Lorsque les lésions de pelvi-péritonite sont peu marquées on peut souvent ménager la fécondation, ou à son défaut presque toujours conserver la menstruation par le maintien de l'utérus et d'un fragment ovarien. Dans les cas de réaction pelvienne importante la conservation utéro-ovarienne est fonction de la difficulté opératoire et du maintien de la bonne irrigation de la glande. La salpingectomie rétrograde sous-séreuse conserve au maximum les conditions vasculaires normales de l'ovaire et permet d'étendre beaucoup les indications de la conservation utéro-ovarienne.

7° La conservation de l'ovaire paraît comporter présentement tout au moins, des contre-indications dans les lésions suppurées du parenchyme glandulaire.

8° Les greffes d'un fragment d'ovaire à distance paraissent inefficaces. Seules les transpositions intra-utérines à la manière de ESTES ou de TUFFIER ont donné des résultats durables et ont permis d'obtenir un certain nombre de grossesses.

9° La conservation d'une parcelle d'ovaire isolée, en l'absence de l'utérus, est contre-indiquée.

10° L'analyse des 47 observations que nous publions et qui proviennent toutes de la Clinique gynécologique de Lyon nous a donné les résultats suivants :

Avec un tout petit fragment d'ovaire laissé, l'utérus étant maintenu, la menstruation est conservée dans 98 % des cas et reste tout à fait normale et régulière dans 92 % des cas.

Le maintien de la fécondation a été possible dans 27 cas, qui se détaillent ainsi :

7 fois, pour annexite double, 9 fois pour tumeurs bénignes doublées, 11 fois pour ovarite kystique double.

Sur ces 27 cas, nous avons noté 4 grossesses normales ayant évolué jusqu'à terme sans incident.

Nous notons 7 résultats imparfaits dans lesquels les malades ont été ou irrégulièrement ou un peu douloureusement réglées. Mais dans ces 7 résultats aucun n'a comporté l'apparition de troubles de ménopause.

Enfin nous notons 1 seul échec sur ces 47 cas. Là les règles ne sont pas réapparues, et la malade a présenté des troubles endocriniens assez importants.

11° De plus, ces 47 interventions n'ont présenté aucune mortalité opératoire et les suites en furent normales et parfaites.

Il semble donc bien que chez la femme jeune, le maintien de la fécondation et la menstruation puisse être réalisé, malgré la présence de lésions annexielles

bilatérales importantes, qu'il s'agisse de tumeurs bénignes ou de lésions inflammatoires, par la conservation parcellaire d'un petit fragment ovarien qui assurera d'une façon très satisfaisante toutes les fonctions habituelles de la glande.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Février 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
GHEUSI

Bibliographie

- ANSPACH. — Conservation de l'ovaire dans la chirurgie pelvienne. *Atlantic Journal Médecine*, 1924, p. 625.
- ABRANT. — Etude comparée des troubles physiologiques dans l'hystérectomie simple et l'oophoro-hystérectomie. Thèse Paris, 1899.
- ALAMARTINE. — Sécrétion de l'ovaire. *Gazette Hôpitaux*, 1908.
- AMENABAR. — Résection partielle et réduction de la circulation ovarienne comme traitement de l'ovarite scléro-kystique. *Semana Medica Argentina*, 1923.
- ARAI. — Modification de l'ovaire après conservation partielle. *Améric. Journal of Anatomy*, 1920, p. 59.
- ARTHUR MC. — Persistance de la menstruation après ablation des 2 ovaires. *Journal of Australia*, août 1924.
- BARRAUD. — Traitement des métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux, 1923.
- BERGER. — Glande sympathique du hile de l'ovaire. *Archives d'anatomie-histologie*, 1923, p. 255.
- BLAGNY. — Salpingectomie avec ovariectomie partielle. Thèse Paris, 1899.
- BIDONE. — Mécanisme de la cicatrisation dans la résection de l'ovaire. *Annali di Obstetrica*, 1901, p. 74.
- BLAIR BELL. — Greffes ovariennes. *The Lancet*, 1920.

- BOND. — Quelques points sur la physiologie de l'ovaire et de l'utérus du lapin. *British Medical Journal*, 1906, vol. 2.
- BONNEY. — Conservation de l'ovaire. *Practitioner*, 1924.
- BOUILLY. — Notes sur l'ovarite scléro-kystique. *La Gynécologie*, 1900.
- BOUIN. — Histophysiologie de l'ovaire. *P. M.*, juin 1925.
- BOURSIER. — Opérations conservatrices dans l'ovarite scléro-kystique. *Journal Médecine de Bordeaux*, 1903.
- CARLINI. — Nouvelle hypothèse de la menstruation. *Rev. Française de Gynécologie*, 1924, p. 345 ; 1925, p. 467.
- CARMICHAEL et MARSHALL. — Modifications de l'ovaire conservé partiellement. *Journal of Physiology*, 1908, p. 431.
- Chirurgie conservatrice expérimentale. Utérus. Ovaire *Edimburg Medical Journal*, 1909.
- CHALIER. — Kystes pelviens après castration. *Lyon Chirurgical*, 1925.
- CHASSOT. — Un cas de grossesse après ovariectomie et résection partielle de l'autre ovaire. *Bulletin Société Obstétrique Paris*, 1904.
- CHEVAL et ROUFFART. — Ovaire laissé après hystérectomie. *Société Belge Gynécologie*, 1921.
- CHIPMAN. — Conservation de l'ovaire. *Surgery. Gynecology*, 1911.
- CLAVEZ. — Kystérectomie fundique. Thèse Lyon 1927.
- COMBEMALE. — L'avenir des ovariectomisées. *Société Médicale du Nord*, mars 1925, in *P. M.* 25, p. 490.
- F. CONDAMIN. — Traitement de la tuberculose annexielle. Th. Lyon, 1928.
- CONVERT. — Traitement conservateur des salpingites. Th. Lyon, 1913.
- Congrès anglais Gynécologie, 1927, in *La Gynécologie*, 1927.

Congrès français Chirurgie, 1926.

Congrès Obstétrique et Gynécologique de Toulouse, 1910.

Congrès international de Médecine, 1903.

CONSTANTINI. — Salpingectomie bilatérale avec résection de l'ovaire. *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique*, 1928, p. 560.

COTTE. — Dégénérescence scléro-kystique. *Société Chirurgie Lyon*, 1923.

— Rapport du corps jaune et de la menstruation. *Gyn. Obst.*, 1923.

— Traitement de l'ovarite scléro-kystique. *Lyon Chirurg.*, 1925.

— Troubles fonctionnels de la femme. *Traité*, 1928.

— Conservation ovaire pour kyste dermoïde double. *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique*, 1927.

COTTE et POLICARD. — Fibrôme de l'ovaire. *Lyon Chirurg.*, 1923.

DALCHÉ. — Les maladies de l'ovulation.

DALCHÉ-FOULQUET. — La Gynécologie, 1925.

DELEPINE. — Un cas de grossesse après conservation d'une parcelle d'ovaire. *Journal Sciences Médicales de Lille*, 1904.

DENAVE. — La salpingectomie. Th. Lyon, 1912-13.

DENIKER. — Comment comprendre le traitement conservateur des salpingites. *Bulletin Société Médecine Paris*, 1923.

DELAUNAY. — Résection de l'ovaire. Th. Paris, 1892-93.

DELFOUR. — Fibrome de l'ovaire. *Bulletin Société Obstétrique Paris*, 1926.

DE LEPINAY. — Dysménorrhées ovariennes. *Journal Médical Français*, 1925, p. 319.

DEVOUASOUX. — Conservation ovaire, utérus. Thèse Paris, 1903.

DOLERIS. — Conservation des ovaires dans hystérectomie. *Société Obstétrique*, 1907.

- DONNET. — Résection ovaire. Thèse Paris, 1894-95.
- DUNNING. — Opérations conservatrices de l'ovaire, in *La Gynécologie*, 1903, p. 178.
- DUPONT. — Ignipuncture de l'ovaire. Thèse Paris, 1909.
- ESTES. — Transplantation de l'ovaire. *Surgery Gynecology*, 1924.
- FAGUET. — Fibrome de l'ovaire. *Bulletin Société obstétrique*, 1924, p. 118.
- FERRY. — Résultats des opérations conservatrices et radicales. Thèse Lyon, 1907-08.
- FINDLEY. — Menstruation sans ovaire. *Surgery Gynecology*.
- FLOR-NIGHTINGALE BOYD. — Chirurgie conservatrice des ovaires, in *La Gynécologie*, 1903, p. 178.
- FOLKE HOLTZ. — Résultats du traitement conservateur des salpingo-ovarites. *Acta Gynecologica Scandinavia*, in *P. M.*, 1925, p. 186.
- FORGUE et MASSABUAU. — Ovaires à petits kystes. *Revue Gynécologie*, 1910.
- FORGUE. — Opérations dans les salpingo-ovarites. *Paris Médical*, 1926, p. 580.
- GAUDART D'ALLAINES. — Hystérectomie fundique. Thèse Paris, 1922.
- GILLET. — Dégénérescence kystique de débris ovariens après castration totale. *Revue française Gynécologie*, 1925.
- GLOEVEEKE. — Troubles consécutifs à l'ablation des ovaires et de l'utérus. *Arch. Gyn. Jynaek*, 1889.
- GOLDSPOHN. — Résection de l'ovaire pour ovarite scléro-kystique. *American Journal of Obstetrics*, 1924, p. 934.
- GRAVES. — Physiologie de la menstruation. *Surgery Gynecology*, 1917.
- Conservation dans la chirurgie pelvienne. *American Journal of Obstetric*, 1926, p. 287.
- GOULLIoud. — Opérations ménageant la fécondation. *P. M.*, 1922.

- HARTMANN. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus. *Gynécologie Obstétrique*, 1925.
- HASELHORST. — Causes des hémorragies intra-péritonéales en dehors de la grossesse extra-utérine. *La Gynécologie*, p. 371.
- HENKEL. — Résection de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynaek*, 1926, p. 888.
- HENRY. — Théories de la menstruation. *Gynéc. Obstétr.*, 1925.
- HOUDARD-VANVERTS. — Valeur de la conservation du tissu ovarien au cours des opérations pour tumeurs kystiques bilatérales des ovaires. *Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1927, p. 679.
- HUMISTON. — Opérations conservatrices sur l'ovaire. *American Journal of Obstetrics*, 1913.
- HYDE. — Chirurgie conservatrice de l'ovaire. *American Journal of Obstetrics*, 1907.
- INSBRUCK. — Résection de l'ovaire comme traitement des métrorragies d'origine ovarienne. *Journal Chirurgie*, 1927, II, p. 488.
- JACOBSON. — Résultats opérations conservatrices sur l'ovaire et la trompe. *Revue Gynécologie*, 1911.
- JAYLE. — Etude physiologique de la castration chez la femme. *Revue Gynécologique*, 1897.
- JOSEPHSON. — Résection de l'ovaire dans 3 cas de kystes dermoïdes. *Acta Gynecologica Scandinavia*, 1924.
- KABOTH. — Kystes dermoïdes multiples des ovaires. *Zentral für Gynaek*, 1924.
- KOHN. — Résection partielle de l'ovaire. Thèse Genève, 1910-11.
- KEIFFER. — De quelques inconnues dans la physiologie utérine. *Gynéc. Obstétr.*, 1925.
- KEIFFER-SIMIANITOFF. — Kystes dermoïdes bilatéraux. *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique*, 1927, p. 692.

- KELLER. — Traitement opératoire des tumeurs inflammatoires des annexes. *Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique*, 1926.
- KOHLER. — Action de la résection de l'ovaire sur la menstruation. *Zentral für Gynaek*, 1923, in *La Gynécologie*, 1924.
- KRAUS. — Processus de cicatrisation consécutif à la résection de l'ovaire. *Clinica Chirurgica Milan*, juin 1913.
- KREIS. — Persistance de menstruation après salpingo-ovariectomie double. *Société Gynécologique Strasbourg*, in *Bulletin Société Obstétrique*, 1924.
- LABRY. — Traitement conservateur des salpingites. Thèse Lyon, 1926.
- LAPEYRE. — Chirurgie conservatrice de l'ovaire. *Gynéc. col. Obstétrique*, 1927.
- LAURENTIE. — Conditions générales du traitement des salpingites chroniques. *Revue Française de Gynécologie*, 1926.
- LE CACHEUX. — Ovarite scléro-kystique. Thèse Paris, 1925.
- LEGUEU. — Opérations ménageant la fécondation. *Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1925.
- LEROY. — Contribution à l'étude d'ovariotomie incomplète. Thèse Paris, 1881.
- LEWIS et MORRIS. — Conservation dans la chirurgie annexielle. *American Journal Obstetrics*, déc. 1910, vol. 62.
- LHERMITE et DUPONT. — Nerfs de l'ovaire dans l'ovarite scléro-kystique. *Bulletin Académie de Médecine*, 1926, in *P. M.*, 1928. Congrès international de Gynécologie, 1929.
- LIPSCHUTZ-WAGNER. — Hypertrophie des fragments ovariens dans la castration partielle. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1928, p. 240.
- LOEWY et GUENIOT. — Kystes dermoïdes bilatéraux. *Revue Gynécologie*, 1902.

- MALLET-GUY. — Origine bacillaire de certaines ovarites scléro-kystiques. *Lyon Médical*, 1922.
- MANNHEIM. — Traitement opératoire des salpingo-ovarites. *Zentral für Gynaek*, 1923.
- MANSFELD. — Menstruation. *Zentral für Gynaek*, 1924, p. 220.
- MARIE-FOURCADE. — Syndrome anovarique. *Bulletin Société Médecine Paris*, 1921.
- MARTIN. — Conservation utérus et fragment ovaire. Thèse Paris, 1893.
- MARTY. — Hémorragies du corps jaune. Thèse Bordeaux, 1927.
- MAUGERI. — L'ovaire restant et la castration unilatérale. *Annali di Obstétrica*, in *Journal de Chirurgie*, 1912, p. 218.
- MICHON-COMTE. — Fibrome de l'ovaire. *P. M.*, 1925.
- MICHON-LABRY. — Conservation utérus seul. *Gynéc. Obstétr.*, 1925.
- MOULONGUET. — Etude histophysiologique des ovarites kystiques. *Annales d'Anatomie pathologique*, 1928.
- MOULONGUET-DOLERIS. — Ovaire glande à sécrétion interne. *Gynécol. Obstétr.*, 1923, p. 129.
- MOURGUES. — Récidive des kystes de l'ovaire. *Gynécol. Obstétr.*, 1924, p. 153.
- OSNOS. — Destinée des fragments ovariens laissés en place après hystérectomie. Thèse Montpellier, 1913.
- PAGE-FEREY. — Résultats éloignés de la conservation de l'ovaire dans l'hystérectomie. *Journal des Praticiens*, 1925, p. 624.
- PALLOT (Mlle). — Régénération des débris ovariens après castration chez le rat. *C. R. Société Biologie*, f. 99, p. 30.
- PETIT. — Transplantation de l'ovaire dans l'utérus. *Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1922, p. 1051.
- PETTINARI. — Greffes ovariennes. *Traité*.

- POGGI DE FIGUEREIDO (Jayme). — Résection partielle de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1914-15, p. 565, 639, 693.
- POLAK. — Résultats chirurgie conservatrice de l'ovaire. *Journal American Association*, 1909, p. 1382, in *Journal de Chirurgie*, 1910.
- POOLS et HAWKS. — Résultats chirurgie génitale. *Surgery-Gynéc.*, 1925.
- POZZI. — Opérations conservatrices de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1893.
- Traitement ovarite simple par la résection partielle. *Annales de Gynéc.*, 1894.
- Indications de la résection de l'ovaire. *Revue Gynécologie*, 1897.
- PRICHARD. — Kystes ovaire bilatéraux. *British Medical Journal*, 1925.
- REYNOLDS. — Résultats opérations conservatrices de l'ovaire. *Surgery Gynéc.*, 1912.
- PY. — Résection ovaire. Thèse Montpellier, 1909.
- REMUSAT. — Résection ovaire. Thèse Montpellier, 1911.
- ROBERT. — Résection ovaire. Thèse Montpellier, 1912.
- RICHARDSON. — Effets de l'hystérectomie sur l'ovaire. *Surgery Gynéc.*, 1919.
- Résection ovarienne pour métrorragie. *Klinische Vochenschrift*, 1927, in *P. M.*, 1927, p. 102
- ROBB. — Résultats éloignés opérations annexielles conservatrices. *American Journal of Obstetrics*, F. 55, p. 290.
- ROCHET (Ph.). — Hystérectomie fundique. *Lyon Chirurgical*, 1927.
- ROTH. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. *Gynécologie Obstétrique*, 1927, p. 464.
- ROUFFART. — Tumeurs ovariennes bilatérales. *Sté Belge Gynécologie*, 1921, in *Gynécologie Obstétrique*, 1921, p. 358.
- Chirurgie conservatrice. *Gynécologie Obstétrique*, 1922, p. 156.

- Transplantation de l'ovaire dans l'utérus. *Arch. franco-belges de Chirurgie*, 1925, p. 673.
- DE ROUVILLE. — Physiologie de la menstruation. *Arch. mensuelles Obstétr. et Gynéc.*, février 1914.
- Traitement conservateur. *Bulletin Société Obstétr. Gynécol.*, 1927, p. 477.
- SIEHOL. — Inconvénients de la chirurgie conservatrice quand il s'agit de kystes de l'ovaire. *Arch. Obstétr. Gynécol.*, n° 4.
- SIPPEL. — Transplantation de l'ovaire. *Arch. für Gynaek*, 118, p. 445.
- Société Belge Gynécol. — Au sujet du traitement de l'ovaire polykystique bilatéral. Discussion MM. Karhansen, Brouha, mars 1920.
- Société Chirurgiens Paris. — Ovarite scléro-kystique, 1926.
- TARTANSON. — Hémorragies intra-péritonéales sans grossesse ectopique. *Thèse Lyon*, 1908-09.
- TELINDE et DARNER. — Résultats éloignés chirurgie conservatrice et radicale des ovaires. *Journal American Medical Association*, 1928, p. 284.
- TIXIER. — Traitement des fibromes. Congrès français Chirurgie, 1924.
- Kystes pelviens après castration. *Lyon Chirurgical*, 1925.
- TIXIER-ROCHET. — Salpingites des femmes âgées. *Archives franco-belges de Chirurgie*, 1925.
- TUFFIER. — Conservation ovaire et utérus. *Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1905.
- TUFFIER et BOUR. — Greffes d'ovaires. *P. M.*, 1925.
- Greffes d'ovaires. *Surgery Gynecology*, 1924.
- VALTORTA. — Contribution à l'étude de la fonction ovarienne après castration unilatérale. *Annali di Ostetrica*, 1911.
- VANVERTS. — Conservation ovaire dans les tumeurs kystiques bilatérales. *Bulletin Société Obstétr. Gynécol.*, 1927, p. 47.

- VAUTRIN. — Dégénérescence kystique des ovaires après intervention pour annexites. *Annales Gynécologie*, 1906.
- VIGNES. — Recherches sur la menstruation. Thèse Paris, 1914.
- Menstruation, d'après travaux de Shikelé. *Progrès Médical*, 1924.
 - Action des diverses opérations sur fonction menstruelle. *Progrès Médical*, 1925, p. 1854.
- VILLARD. — Hystérectomie fundique. *Lyon Chirurgical*, 1925.
- Traitement des algies pelviennes. *Lyon Chirurgical*, 1927, p. 218.
 - Sur le traitement de l'ovarite scléro-kystique. *Lyon Chirurgical*, 1925.
- VILLARD et LABRY. — Salpingectomie rétrograde sous séreuse. *Gynécol. Obstétrique*, 1927, p. 259.
- VILLARD, MICHON, CREYSEL. — Dégénérescence kystique de débris ovariens. *Bulletin Société Obst. Gynécol.*, 1925.
- VOLKMANN. — Expérience sur la résection de l'ovaire. *Ztschr. für Geburtsh a Gynaek*, 1927, p. 121.
- WALTHER. — Résultats opérations conservatrices de l'ovaire. *Bulletin Académie Médecine*, 1913.
- Résultats opérations conservatrices de l'ovaire. *Journal Médecine, Chirurgie pratique*, 1922, p. 383.
- WERTH. — Conservation de l'ovaire. *Revue Gynécol.*, 1902, p. 173.
- ZALESKI. — Résultats des oophorectomies et hystérectomies. Thèse Paris, 1914.
- ZACHARIAS. — Résection de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynaek*, 1905.
- Résection de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynaek*, 1908.
 - Résection de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynaek*, 1909.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	15
CHAPITRE I. — Etude physiologique de l'ovaire normal	23
CHAPITRE II. — Etudes physiologiques et anatomi- miques de l'ovaire après conservation parcel- laire	31
CHAPITRE III. — Les lésions de l'ovaire dans les inflammations des annexes de l'utérus	43
Les lésions de la glande dans les tumeurs bénignes de l'ovaire	52
Les lésions de l'ovaire dans les ovarites chroniques	54
CHAPITRE IV. — Technique de la conservation ova- rienne parcellaire dans les lésions bilatérales des annexes	67
CHAPITRE V. — Indications de la conservation par- cellaire de l'ovaire	85
Les lésions isolées des ovaires.....	86

Les lésions inflammatoires des annexes..	94
a) Conservation de la fécondation.....	95
b) Conservation de la menstruation	97
c) Salpingectomie double ou hystérectomie fundique	101
La tuberculose annexielle	106
Conservation de l'ovaire seul	107
Greffes d'ovaire partiellement conservés ..	109
Indications générales de la conservation parcellaire de l'ovaire	112
CHAPITRE VI. — Résultats	117
CHAPITRE VII. — Observations	113
CONCLUSIONS	177
BIBLIOGRAPHIE	183



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

• 42, QUAI GAILLETON •

• • • • • LYON • • • • •



